

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

SELMA LOCH

**TORNAR-SE GERENTE: A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR
MÉDICOS DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE AO
ASSUMIREM A GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

TESE DE DOUTORADO

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2009**

L458t Loch, Selma

Tornar-se gerente: a experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde / Selma Loch; orientador Cristiano José Castro de Almeida Cunha. – Florianópolis, 2009.
295 p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2009.

Inclui bibliografia.

1. Administração e saúde pública. 2. Saúde da família.
3. Aprendizagem de adultos. 4. Fenomenologia. I. Cunha, Cristiano José Castro de Almeida. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. III. Título.

CDU: 658.5

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

SELMA LOCH

**TORNAR-SE GERENTE: A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR
MÉDICOS DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE AO
ASSUMIREM A GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Engenharia de Produção na área de Inteligência Organizacional.

Orientador: Prof. Cristiano José Castro
de Almeida Cunha, Dr. rer. pol.

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2009**

SELMA LOCH

**TORNAR-SE GERENTE: A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR
MÉDICOS DE FAMÍLIA E DA COMUNIDADE AO
ASSUMIREM A GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

Esta tese foi julgada e aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Engenharia de Produção na área de Inteligência Organizacional, no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis (SC), 18 de dezembro de 2009.

Antonio Cezar Bornia, Dr.
Coordenador do Curso

Banca examinadora:

Prof. Cristiano José Castro de Almeida
Cunha, Dr.rer.pol
Orientador - UFSC

Prof. Francisco Antônio Fialho, Dr.
Presidente - UFSC

Prof^ª. Carmen Cecília de Campos
Lavras, Dra.
Membro Externo – UNICAMP/SP

Prof. Ernani Tiaraju de Santa
Helena, Dr.
Membro Externo – FURB/SC

Prof^ª. Evangelia Kotzias Atherino dos
Santos, Dra.
Membro - UFSC

Prof^ª Marina Keiko Nakayama, Dra.
Membro - UFSC

André, meu filho, a você, mais uma vez, pela compreensão por nossas preciosas horas de convívio trocadas pelo trabalho acadêmico.

Ao meu pai Francisco Loch (*in memoriam*).

À minha mãe Paulina Demay Loch, que desde cedo precisou se posicionar diante das situações desafiantes que a vida lhe impôs como gerente de uma empresa familiar, por esse seu aprendizado a mim transferido.

Aos meus colegas do serviço público, pela incansável determinação de buscar um sistema de saúde pública de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Cristiano Cunha, que acreditou no meu trabalho e me acolheu como orientanda, pela sua inteligência, paciência e estímulo na elaboração desta pesquisa.

Aos médicos da família e da comunidade e gerentes de Unidades Básicas de Saúde que participaram deste trabalho, pelas horas dedicadas às entrevistas, pela parceria e pela confiança em mim depositada.

Aos membros da banca examinadora da qualificação e da defesa final, pelo tempo precioso dedicado a este trabalho e pelas contribuições oferecidas.

Aos meus colegas do Laboratório de Liderança e Gestão Responsável e, de modo especial ao Carlos, pelo trabalho em conjunto, pelo seu suporte técnico e emocional.

Ao professor Lapa, que me recebeu no doutorado e compreendeu o caminho que optei seguir.

Ao Lúcio, à Cristina e ao Sérgio, pelas portas abertas.

À Carmen e à Regina, pelo seu acolhimento, sua amizade, seu apoio e pela aprendizagem compartilhada.

Ao Luís Fernando, à Claunara, ao Núlvio e a todos os colegas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, pela sua sensibilidade e coragem de trilhar novos horizontes.

Aos meus familiares, em especial à Sirley e à Selita, por seu apoio nas horas difíceis, sua amizade, sua compreensão e seu estímulo à conclusão deste trabalho.

Aos meus colegas do doutorado, em especial àqueles que participaram dos nossos seminários de pesquisas, pelas trocas de conhecimento, pelo convívio e pela aprendizagem.

À Rosimeri, da secretaria do Programa de Pós-Graduação, pelo seu carinho e apoio durante todo o curso de doutorado.

À Vera, pela dedicação na revisão do texto, pelo seu carinho e pela amizade conquistada.

À Secretaria de Saúde de Florianópolis, pela minha liberação para a realização do meu curso de doutorado.

Ao Ministério da Saúde, em especial ao Departamento de Atenção Básica, por viabilizar esta pesquisa.

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, pela oportunidade e pelo aprendizado, e por permitir a alunos de outras áreas de formação o acesso ao curso, ampliando, assim, as oportunidades de retorno social proporcionado pela universidade.

“Por isso, eu nunca quis sair da coordenação local: eu acho que é um campo riquíssimo de mudanças. É ali que as coisas acontecem realmente (Júnior).”

“Ponta é uma ponta, só se for pra eles... se tem um significado de uma ponta de lança que te espeta. Mas, na verdade não deveria ser. Ponta seria, na infantaria, uma coisa boa, se tu queres ser guerreiro. Mas, para as pessoas que deixaram de ficar na ponta para ser gerentes, quando eles falam em ponta, eu sempre notei que eles falavam em ponta como sofrimento. E eu acho isso meio ruim... (Antônio).”

“Se desejamos uma sociedade melhor e um mundo melhor para nossas crianças, temos de ter uma compreensão bem clara de como a gestão atua no terceiro setor e como a disciplina pode ser aplicada adequadamente em campos como educação e saúde pública (MAGRETTA, 2002, p. 12).”

RESUMO

Esta pesquisa é o resultado das minhas inquietações profissionais em relação ao alto nível de abandono da gerência por profissionais de saúde, principalmente os médicos, e os muitos conflitos vividos por eles nessa função. Em um levantamento bibliográfico, percebi a escassez de estudos relacionados à experiência de ser gerente. Os pesquisadores da área orientam-se, preferencialmente, pelos interesses institucionais de grandes empresas. Com esta pesquisa, procurei compreender, através de um estudo fenomenológico e hermenêutico (VAN MANEN, 1990), a experiência vivida por médicos da família e da comunidade como gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da Região da Grande Florianópolis (SC), no período de 2004 a 2009. Obtive relatos de experiências vividas por seis médicos da família e da comunidade, através do método da entrevista em profundidade (SEIDMAN, 1998). Suas histórias revelaram o significado de ser médico da família e da comunidade e os principais temas que marcaram suas experiências como gerentes. Ao se tornarem gerentes, os médicos se depararam com um ambiente de trabalho tenso, uma rotina de trabalho intenso e variado, e foram surpreendidos pelas prioridades institucionais, que impediam a implantação das suas agendas. Altamente dependentes de outros setores para realizarem o seu trabalho, contaram principalmente com o apoio dos seus subordinados e com os contatos de dentro e de fora da instituição. Resolvendo problemas e superando desafios, eles revisaram seus conceitos e passaram por um processo de mudança de consciência, que os levou a pensar e agir como gerentes. Também experimentaram mudanças em seu comportamento, que se refletiram em sua vida profissional e pessoal. Habilidades como saber ouvir, ser paciente, ter empatia e ser flexível foram importantes para o seu desempenho. Mas, para isso, precisaram aprender a suportar as tensões do cargo gerencial, superar o medo e correr riscos, estabelecer seus limites éticos, aprender a lidar com o poder e a ser um membro da comunidade de gestores. Em seus aprendizados, utilizaram-se, principalmente, das suas experiências como contribuidores individuais, dos contatos na rede de relacionamentos e das avaliações feitas pelos subordinados e pela população. Ser médico da família e da comunidade e gerente de UBS significou, na experiência desses médicos, ser um organizador, um mediador de conflitos, um negociador, um catalisador, um líder e um porta-voz, um agente de mudanças gerenciando processos de melhoria na Unidade, em função da comunidade onde se insere.

PALAVRAS-CHAVE: aprendizagem, gerência, saúde, fenomenologia.

ABSTRACT

This research is a result of my professional anxieties in relation to a high relinquishment level of the management by health practitioner, mainly the physicians, and many conflicts lived by them at this job position. In a bibliographical survey I have noticed the study shortage related to the experience of being the manager. The researchers of the area guide themselves preferentially by institutional interests of big enterprises. With this research, I have tried to understand through a phenomenological and hermeneutical study (VAN MANEN, 1990), a lived experience by family and community physician as managers of Health Basic Units (HBUs), in the region of Florianópolis (SC), from 2004 to 2009. I have got lived experience reports by six family and community physician through an interview method in depth (SEIDMAN, 1998). These histories reveled the meaning of being family and community physician and the main subjects that highlighted their experiences as managers. When they become managers, the physicians face with a tough work environment, an intensive and varied work routine and they were surprised by institutional priorities that prevented the implementation of their agenda. They are highly dependent of other sectors to realize their work, counting mainly with the support of their subordinated and the contacts inside and outside the institution. Solving problems and overcoming challenges, they had to review their concepts and passed through a consciousness change process that led them to think and act as managers. They also experienced changes in their behavior that reflected in their professional and personal lives. The skills of knowing how to listen, being patient, having empathy and being flexible were important for their performance. But, for this, they needed to learn to stand their tensions of the managerial position, to overcome their fear and take risks, to establish their ethical limits, to learn to deal with power and be a manager community member. In their learning they used mainly their experiences as individual contributors, of the relationship network contacts and assessments by subordinates and population. To be a family and community physician and HBU manager meant, on these physician experiences to be an organizer, conflict mediator, negotiator, catalyst, leader and spokesman, changing agent managing the unit improvement processes according to the community where they are inserted.

KEY-WORDS: learning, manager, health, phenomenology.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCL	Center for Creative Leadership
CI	Comunicação Interna
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENAMPAD	Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
FURB	Fundação Universidade Regional de Blumenau
MBA	Master of Business Administration
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OIC	Organização Intensiva em Conhecimento
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Projeto Reforço à Organização do SUS
RH	Recursos Humanos
SC	Santa Catarina (Brasil)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WONCA	World Organization of Family Doctors.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Transformação da identidade.....	69
Quadro 2 - Paradigmas, metáforas e escolas de pesquisa organizacional.....	89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 A questão norteadora da pesquisa.....	27
1.2 Os objetivos.....	28
1.2.1 Objetivo geral	28
1.2.2 Objetivos específicos.....	28
1.3 O método de pesquisa	28
1.4 A organização deste documento.....	29
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 As reformas administrativas de Estado da década de 1980, o novo gerencialismo público e seus reflexos sobre o setor da saúde. 31	
2.1.1 O novo gerencialismo como uma tendência mundial	31
2.1.2 A reforma administrativa no Brasil	35
2.1.3 Os reflexos da reforma no setor público de saúde	40
2.1.4 O desafio do gerenciamento da Atenção Primária à Saúde	43
2.2 A natureza do trabalho gerencial	48
2.2.1 A evolução do trabalho gerencial	49
2.2.2 A natureza do trabalho gerencial	51
2.3 Aprendizagem gerencial	67
2.3.1 O aprendizado gerencial	67
2.3.2 A experiência vivida.....	78
2.4 As implicações da teoria para a pesquisa.....	87
3 A METODOLOGIA	89
3.1 Os fundamentos epistemológicos	89
3.2 A Fenomenologia como método para a compreensão de significados.....	91
3.3 O caminho para a compreensão das experiências vividas.....	92
3.3.1 Voltando-me para um fenômeno que me interessa e me compromete com o mundo.....	94
3.3.2 Investigando a experiência como ela é vivida	96

3.3.3 Refletir em torno dos temas essenciais que caracterizam o fenômeno	99
3.3.4 Descrever os fenômenos através da arte de escrever e reescrever	100
3.3.5 Manter uma relação forte e orientada com o fenômeno	101
3.3.6 Equilibrar o contexto da pesquisa considerando a parte e o todo	101

4 SER MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE E GERENTE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

103

4.1 Os sujeitos da pesquisa e suas histórias de vida	103
4.1.1 Analise.....	104
4.1.2 Antônio.....	106
4.1.3 Júnior.....	111
4.1.4 Manoela.....	113
4.1.5 Marcelo	116
4.1.6 Sofia	119

4.2 Ser médico da família e da comunidade: um agente de mudanças

122

4.2.1 Ser médico e atuar sobre problemas de saúde individual e coletiva	125
4.2.2 O médico como um agente de mudanças	132
4.2.3 Trabalhar em comunidades carentes	144
4.2.4 Conviver com a presença da política.....	149
4.2.5 A difícil realização profissional	153

4.3 A experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de Unidades Básicas de Saúde.....

157

4.3.1 Descobrimos a realidade do trabalho gerencial numa UBS.....	158
4.3.2 Os relacionamentos interpessoais.....	186
4.3.3 Percebendo o crescimento pessoal	222
4.3.4 O caminho do aprendizado.....	239
4.3.5 Recursos críticos para o gerenciamento da atenção básica	246
4.3.6 Olhando para trás e avaliando as suas experiências	252

5 REFLEXÕES E SUGESTÕES FINAIS

269

REFERÊNCIAS.....

277

ANEXO 1 - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA NA PPESQUISA EM SERES HUMANOS.....	289
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS	291
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	293

1 INTRODUÇÃO

A consulta à literatura sobre o trabalho gerencial evidencia que o interesse pelo assunto é uma constante na civilização moderna, tendo evoluído consideravelmente nas últimas décadas, em razão da competitividade e da capacidade de intervenção do gerente no desempenho das organizações.

Os trabalhos de Fayol (1841-1925), no início do século XX, representaram um marco no estudo e sistematização do processo de gerenciamento. Para ele, a gerência era resultado de um processo contínuo das atividades de previsão, organização, comando, coordenação e controle (FAYOL, 1960).

Após a Segunda Guerra Mundial o aumento da oferta de produtos e serviços em relação à demanda tornou o mercado cada vez mais competitivo e instável, exigindo uma grande capacidade de adaptação por parte das organizações, sob pena de não sobreviverem. Nesse ambiente, as funções gerenciais descritas por Fayol já não refletiam a realidade, e o trabalho gerencial passou a ser caracterizado como agitado, fragmentado, reativo, desordenado, político e com predominância da comunicação oral (MINTZBERG, 1973; YUKL, 1998).

Existe uma extensa bibliografia sobre as funções gerenciais, em grande parte constituída por guias e manuais, geralmente com conteúdos que respondem às expectativas institucionais, voltada, principalmente, para o desempenho e formação de executivos de grandes empresas. Porém, já começam a proliferar estudos sobre a gerência de empresas de médio porte, de diferentes países e setores da economia (ESCRIVÃO FILHO, 1995; GHERARDI, 1998; RICHTER, 1999; LUCENA, 2001).

Pesquisas recentes mostram que os modelos tradicionalmente desenvolvidos para as grandes empresas e os altos executivos não se aplicam uniformemente às organizações. Existem especificidades no trabalho gerencial, que precisam ser analisadas de acordo com o porte das organizações, seu setor de atuação e a cultura do país onde estão instaladas (ESCRIVÃO FILHO, 1995; EVANS, 1999; LUCENA, 2001). Além disso, poucas pesquisas têm se ocupado dos aspectos cognitivos e emocionais experimentados pelos gerentes em suas funções.

Linda Hill (1993), pesquisando sobre o desenvolvimento gerencial, observou que a primeira experiência como gerente era frequentemente relatada como extremamente marcante na vida dos executivos e que o gerenciamento de primeiro nível era considerado o mais estressante. Ela acompanhou o primeiro ano de atividades de 19 novos gerentes e che-

gou à conclusão de que o ensino formal contribuía pouco para o desempenho gerencial deles, pois esse aprendizado se dava principalmente na prática. Ela percebeu, também, que havia um processo de mudança de consciência desses profissionais, ao se tornarem gerentes. Hill constatou que o processo de passagem de colaborador individual para gerente era difícil e marcado por um grande comprometimento psicológico: “[...] a odisséia de colaborador individual para gerente é muitas vezes difícil, cheia de histórias de horror sobre carreiras promissoras que murcharam no percurso” (HILL, 1993, p. 2). Esse processo de mudança de consciência também foi observado por Cunha e Moraes (2006), em estudo sobre a aprendizagem de um gerente superior e engenheiro.

Muitas dessas constatações também podem ser observadas no setor da saúde, porém, há muitas especificidades nessa área de atuação, tanto devido aos conteúdos técnicos, considerados extremamente especializados, como pela sua forma de gerenciamento.

O setor enfrenta enormes desafios, devido, entre outras causas, ao envelhecimento progressivo da população e ao consequente aumento das doenças crônicas (câncer, doenças cardíacas, doenças degenerativas e outras). Os altos custos desses tratamentos, somados à grande incorporação tecnológica observada no setor, têm preocupado os governos, em todo o mundo. Percentuais progressivos do Produto Interno Bruto (PIB) vêm sendo comprometidos com essa área, mas os resultados são considerados pouco satisfatórios. Nesse contexto extremamente complexo, o desempenho gerencial começa a ser uma das preocupações centrais (ESPIGARES, 1999; BRASIL, 2006a; PORTER; TEISBERG, 2007).

A maioria dos gerentes das unidades de saúde são técnicos da área (médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos), que foram promovidos a gerentes. A passagem de colaboradores individuais para a condição de gerentes exige, desses profissionais, um esforço enorme, implicando em transformações que acabam por configurar o perfil de um novo profissional. Como técnicos, eles atuam com um referencial conceitual biológico, centrado no indivíduo; possuem grande autonomia e controle do processo de produção; têm como objetivo a eficácia no tratamento clínico e utilizam critérios extremamente técnicos para a decisão. A passagem para gerente implica em uma mudança radical na sua lógica de atuação. O gerente passa a utilizar a abordagem coletiva para a solução dos problemas; seu referencial biológico é substituído pelo social; ele tem pouco controle sobre os processos; e seu objetivo é a eficiência, com a utilização de critérios técnicos e políticos para a decisão.

Existe uma produção científica considerável sobre o gerenciamento de serviços de saúde. No entanto, essa literatura é predominante-

mente direcionada aos interesses institucionais e aos instrumentos de apoio à gestão e voltada, principalmente, para instituições hospitalares.

Embora a participação da atenção hospitalar seja fundamental e de grande representatividade econômica, no setor de saúde, a atenção primária realizada, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs¹) (Postos de Saúde), tem importância estratégica central para os sistemas de saúde, em todo o mundo. Estudos têm demonstrado que esses serviços se caracterizam como a principal porta de entrada dos sistemas de saúde organizados, que são geralmente públicos. Quando adequadamente estruturados, eles podem atender a cerca de 80% dos problemas de saúde de uma dada população, com uma resolubilidade de aproximadamente 95% (BRASIL, 1983a; BRASIL, 1994; CAMPOS, 2007).

Porém, o gerenciamento dessas unidades tem-se mostrado muito difícil. As pesquisas têm demonstrado um alto nível de estresse dos gerentes; sobrecarga nas agendas; uma alta interferência dos níveis mais centrais de gestão; excesso de demandas da população local e dificuldades de gerenciamento de equipes, dentre outras questões (RIVERA, 1996; MELO, 2002; BARBIERI; HORTALE, 2005; CUBAS, 2005; RAUPP, 2006; ALMEIDA, 2007).

Essas constatações podem ser relacionadas à grande complexidade gerencial dessas unidades. O seu gerenciamento envolve processos de trabalho altamente intangíveis, realizados por equipes multiprofissionais e com a participação da população no gerenciamento, a interface com serviços complementares de maior complexidade e um escopo de ações que vão desde a promoção à saúde (ações educativas e sobre o meio ambiente) até à reabilitação dos pacientes. Além disso, a demanda é geralmente não programada e diversificada, em termos de idade, sexo e problemas demandados.

Em levantamento bibliográfico realizado em sites da Internet que dão acesso às principais publicações da área de administração e saúde, abrangendo o período entre 1990 e 2008, com objetivo de dar maior familiaridade ao tema e de identificar novos estudos relacionados, foram encontrados poucos trabalhos sobre gerência de UBS². Nas revistas da

¹ UBS – Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde - unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados por unidades vinculadas ao SUS e pronto atendimento 24 horas (BRASIL, 2009).

² PROQUEST (descritores utilizados: management health; management service health; management phenomenological); Revista de Administração Contemporânea (descritores: saúde,

área de administração, foi encontrado apenas um artigo na Revista de Administração de Administração de Empresas, porém referente à reforma de UBS, e vinte e dois artigos nos Anais do ENANPAD, relacionados à gerência de UBS. Em revistas da área de saúde, no mesmo período, foram localizados oito trabalhos nos Cadernos de Saúde Pública; um, na Revista de Saúde Pública e oito, na Revista Ciência e Saúde Coletiva. Já no terminal da CAPES, foram encontradas cerca de 70 teses e dissertações relacionadas à UBS.

Os trabalhos identificados são direcionados à gestão de programas de saúde, como a saúde da mulher e da criança; gestão de políticas locais, participação social; instrumentos de apoio gerencial e participação dos enfermeiros na gerência de UBSs. Não foi localizado nenhum estudo sobre a experiência vivida pelo profissional médico ao se tornar gerente, o que pode configurar no pioneirismo dessa área de estudo e o ineditismo desta pesquisa.

A minha motivação para estudar os gerentes de Unidades Básicas de Saúde advém da própria experiência profissional. Como médica sanitária, identifico a atenção primária à saúde como a pedra fundamental sobre a qual deve ser estruturado o sistema de saúde. Além disso, já atuei como médica de UBS e trabalhei em distritos e secretarias de saúde, onde acompanhei a trajetória de vários técnicos que se tornaram gerentes. Suas histórias eram cheias de sofrimento pessoal, alto consumo de energia, desempenho pouco satisfatório, grande rotatividade dos cargos de gerência e alto nível de abandono da função. Essas observações foram facilmente relacionadas ao estudo de Linda Hill (1993), acima citado, e despertaram minha imediata curiosidade sobre como os técnicos da saúde experimentavam o processo de se tornarem gerentes.

Como gestora pública, acompanho também vários cursos de gerência de unidades, inclusive de UBSs, e percebo que os conteúdos são direcionados predominantemente às questões organizacionais e funcionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos sistemas de apoio disponíveis (sistemas de informações, de gestão de recursos humanos, de com-

gerência saúde, gestão saúde, administração pública); Revista de Administração de Empresas (descritores: saúde, serviço público); Revista de Administração da Universidade de São Paulo (descritores: saúde, gerência); Anais do Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (descritores: saúde, gestão saúde, gerência saúde, unidade saúde, administração saúde); Cadernos de Saúde Pública (descritores utilizados: gerência, gerente); Revista de Saúde Pública (gerência, gerentes); Revista Ciência e Saúde Coletiva (gerência e gerentes); CAPES (descritores: gerente saúde, gerência saúde, gerente unidade local de saúde, gerência unidade local de saúde, gerência unidade básica de saúde).

pras etc.). Assim, participo de várias discussões onde são questionadas as razões pelas quais os gerentes locais não utilizam esses instrumentos de apoio. Percebendo o alto nível de comprometimento de muitos desses profissionais, imagino que isso não se deva à sua falta de interesse ou até de preparo, como é frequentemente apontado. Questiono, então, se essas são as suas maiores necessidades para exercer o gerenciamento de forma satisfatória. Imediatamente se coloca a pergunta sobre como é o seu dia a dia, como eles gerenciam e de quais recursos eles mais se utilizam, ao se tornarem gerentes. Acredito que, compreendendo melhor o seu processo de trabalho, será possível estruturar programas de apoio ao desenvolvimento gerencial e os instrumentos de apoio mais adequados ao seu trabalho.

Esses questionamentos me conduzem àqueles realizados por Husserl, sobre o distanciamento entre as ciências e os problemas fundamentais dos homens, no início do século XX. O autor discute o fato de as ciências estarem se ocupando cada vez mais de problemas secundários, como leis e normas geradas pelas próprias ciências, distanciando-se dos problemas originalmente colocados, e arriscando, dessa maneira, a aplicabilidade de seus resultados. Husserl propôs o retorno à essência dos problemas, através do método da fenomenologia (DARTIGUES, 1992).

A fenomenologia é o estudo da vida real, do mundo como o experimentamos pré-reflexivamente. A experiência vivida, compreendida como a experimentação primeira de uma realidade, ou a vivência intencional ainda pré-reflexiva e não elaborada de um fenômeno, e permite buscar a essência deste, o seu significado mais íntimo. O conhecimento decorre da capacidade de compreensão e interpretação desses significados (VAN MANEN, 1990, p. 59).

Essas considerações me permitiram elaborar a questão norteadora desta pesquisa:

1.1 A questão norteadora da pesquisa

Considerando os aspectos discutidos em relação ao gerenciamento de serviços de saúde; a importância estratégica dos serviços de atenção primária para a implementação de políticas públicas de saúde; a relevância da participação dos médicos como técnicos do setor e a minha experiência pessoal, busco, através desta pesquisa, compreender o significado das experiências vividas por médicos ao se tornarem gerentes de Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva de

contribuir para uma reflexão individual e de apoiar a experiência de médicos que se tornam gerentes na área da saúde.

Questão norteadora: Como os médicos da família e da comunidade viveram a experiência de serem gerentes de Unidades Básicas de Saúde?

1.2 Os objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Compreender a experiência vivida por médicos da família e da comunidade como gerentes de Unidades Básicas de Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais temas envolvidos no processo de transformação de contribuidor individual a gerente de Unidade Básica de Saúde.
- Identificar as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas por esses profissionais ao se tornarem gerentes.
- Compreender o que significa ser gerente de Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva dos médicos.

1.3 O método de pesquisa

A questão norteadora e os objetivos desta pesquisa exigem uma abordagem metodológica que permita estudar o universo subjetivo de experiências vividas por médicos que se tornam gerentes de UBSs. O conteúdo dessas experiências é subjetivo, individual, e precisa ser buscado pelo entrevistador, para ser elaborado e estudado de forma científica.

Para tanto, utilizei a metodologia da fenomenologia e da hermenêutica. A fenomenologia, porque é a ciência que busca compreender o significado das experiências vividas, e a hermenêutica, porque é o estudo interpretativo das expressões e objetivações das experiências transformadas em texto (VAN MANEN, 1990).

Os detalhes da metodologia e do desenvolvimento desta pesquisa serão discutidos no capítulo 3 deste documento.

Esta pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética na Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), do qual recebeu o parecer positivo, através do certificado de número 131 (ANEXO 1).

1.4 A organização deste documento

Este documento está organizado em capítulos, conforme descrito a seguir. Neste primeiro capítulo, é feita uma introdução, a apresentação da questão norteadora do estudo e sua relevância, e a motivação pessoal para a realização da pesquisa. Além disso, são apresentados os objetivos e o método de pesquisa. Os tópicos abordados neste capítulo são aprofundados nos outros que se seguem.

No capítulo 2, é apresentada a revisão de literatura relacionada ao trabalho gerencial. Na sua primeira parte, é discutida a emergência do novo gerencialismo público como uma tendência mundial, seus reflexos no Brasil e no setor de saúde. Em seguida, são apresentadas as principais abordagens sobre o trabalho gerencial e, finalmente, são discutidos os conceitos de aprendizagem gerencial e do processo de mudança de consciência experimentado por indivíduos adultos.

No terceiro capítulo, é apresentada a fundamentação epistemológica e a metodologia utilizada para o acesso e a análise das histórias vividas pelos sujeitos desta pesquisa.

No capítulo 4, é apresentado o texto fenomenológico sobre as experiências vividas por médicos que se tornaram gerentes de Unidades Básicas de Saúde, procurando elucidar os principais temas e os significados dessas experiências.

O quinto capítulo é dedicado às reflexões finais e às sugestões em relação à gestão em saúde e aos estudos complementares a esta pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresento uma revisão de literatura sobre trabalho gerencial que fundamenta esta pesquisa e subsidia as discussões sobre a experiência de médicos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. O capítulo está dividido em três seções. Na primeira, é apresentada uma síntese dos movimentos de reformas de Estados ocorridas a partir da década de 1980, e suas influências no setor de saúde. Na segunda seção, são discutidas as principais teorias e pesquisas sobre o trabalho gerencial e, na terceira, são discutidas algumas teorias e pesquisas sobre aprendizagem gerencial, o processo de mudança de consciência e a aprendizagem transformacional.

2.1 As reformas administrativas de Estado da década de 1980, o novo gerencialismo público e seus reflexos sobre o setor da saúde

Esta seção é dedicada à discussão do movimento de reforma do aparelho de Estado, que emergiu na década de 1980, no âmbito mundial, suas principais características e seus reflexos sobre o Brasil e o setor de saúde. Em seguida, é feita uma reflexão sobre os desafios do gerenciamento da atenção primária à saúde.

2.1.1 O novo gerencialismo como uma tendência mundial

A década de 1980 caracterizou-se por um movimento mundial progressivo de reformas de Estado. Diferentes países, independentemente do seu *status* econômico, político ou social, procuraram se adaptar a uma nova realidade, que parecia exigir maior flexibilidade da máquina pública: menos gastos, mais eficiência e menos intervenção sobre o mercado (MESQUITA, 1997).

O modelo econômico instituído após a Segunda Guerra Mundial resultou em altas taxas de crescimento, não somente dos países capitalistas centrais, mas também do Bloco Socialista e de parte do Terceiro Mundo. Com a crise do petróleo, no início de 1970, os custos de produção se elevaram, resultando na diminuição dos lucros das organizações. Em paralelo, o crescimento do poder de compra implicou no aumento da demanda por mercadorias e serviços, da competitividade e da pressão sobre os preços, gerando, conseqüentemente, um processo inflacionário. Como os custos de produção estavam crescendo devido à crise, e os

rendimentos, diminuindo, as empresas reduziram seus investimentos. A oferta de empregos caiu, e a crise se aprofundou (SANTOS, 2003).

Era o fim da “era dourada”, na qual cabia ao Estado, amparado por um amplo consenso da sociedade, garantir a prosperidade econômica e o bem-estar social (ABRUCIO, 1997, p. 6).

O tipo de Estado que começava a se esfalecer em meio à crise dos anos 70 tinha três dimensões (econômica, social e administrativa), todas interligadas. A primeira dimensão era a keynesiana, caracterizada pela ativa intervenção estatal na economia, procurando garantir o pleno emprego e atuar em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento nacional – telecomunicações e petróleo, por exemplo. O Welfare State correspondia à dimensão social do modelo. Adotado em maior ou menor grau nos países desenvolvidos, o Estado de bem-estar social (educação, saúde, habitação etc.) para garantir o suprimento das necessidades básicas da população. Por fim, havia a dimensão relativa ao funcionamento interno do Estado, o chamado modelo burocrático weberiano, ao qual cabia o papel de manter a impessoalidade, a neutralidade e a racionalidade do aparato governamental (ABRUCIO, 1997, p. 6).

A necessidade de reformas na estrutura econômica do capitalismo mundial e o agravamento da crise levaram a um reordenamento político, com vitória dos conservadores em países como Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha. Esse panorama, aliado à derrocada final da União Soviética, tornou hegemônico um conjunto de ideias sedimentadas na reunião do G-7 em Washington (1989). Essas ideias, conhecidas como liberais, estavam centradas na desregulação econômica, na abertura comercial e financeira dos países em relação ao mundo e em reformas patrimoniais que levassem à privatização dos ativos sob controle estatal, como medidas de médio e longo prazo para impulsionar o desenvolvimento (SANTOS, 2003).

Como a inflação estava em alta, foi recomendada, por esses países, a redução da demanda agregada, que significou, para o Estado, a redução dos investimentos e do custeio e o aumento das reservas; e, para o setor privado e para as famílias, a elevação dos juros e dos impostos. Essa política de juros teve forte impacto nos países periféricos, altamen-

te endividados devido às facilidades de crédito internacional do período anterior, ao qual recorreram para financiar o seu desenvolvimento (SANTOS, 2003).

Nesse contexto de crise e reformas econômicas mundiais, o modelo de Estado burocrático passou a ser visto como inadequado para enfrentar as necessidades da gestão. O forte apego a regras e procedimentos, o distanciamento das necessidades dos clientes, a fraca responsabilização em relação aos resultados, os mecanismos de decisão e ação baseados em segredo, obediência e monopolização não garantiam a agilidade requerida pelas mudanças em curso, uma vez que retardavam o processo decisório e afetavam a capacidade de as empresas responderem rapidamente às novas necessidades do mercado. A máquina estatal passou a ser vista como inchada, vinculada a interesses corporativos, corrupta e ineficiente (TEIXEIRA, 2001).

[...] como consequência da incapacidade do paradigma burocrático de gestão para dominar a complexidade crescente das atividades coletivas [...] é necessário que um gerente tenha liberdade para tomar decisões rápidas, o que requer mais conhecimento e informações, mais sensatez, autonomia, flexibilidade, responsabilização e compromisso com os resultados (TEIXEIRA, 2001, p. 8).

Esse novo paradigma gerencial, que considerava as transformações do meio e incorporava instrumentos gerenciais já testados no mercado, foi chamado de “o novo gerencialismo”, consistindo em oito elementos, enfatizados de formas e com intensidades diferentes em cada país (TEIXEIRA, 2001, p. 9):

- 1) redução dos custos, com busca de maior transparência no uso dos recursos;
- 2) desagregação das organizações burocráticas tradicionais em agências separadas (agências executoras ou empresas governamentais), geralmente relacionadas por contratos ou quase-contratos;
- 3) separação entre o comprador e o provedor;
- 4) introdução de mecanismos de mercados ou quase-mercados;
- 5) descentralização da autoridade gerencial;
- 6) introdução da gestão por desempenho;
- 7) novas políticas de pessoal, mudando o emprego público permanente e os padrões salariais nacionais para contratos por

prazo, com pagamentos vinculados ao desempenho e de acordo com a realidade local; e

- 8) aumento da ênfase na qualidade, enfocada na satisfação do consumidor.

Considerando as especificidades da gestão pública, Teixeira (2001) questiona a eficácia das ações propostas pelo novo gerencialismo. Para ela, a relação entre governo e cidadão é tão distinta da relação entre empresa e cliente, que a redução da primeira à segunda acabaria com a legitimidade da autoridade pública, ao desconsiderar os direitos dos cidadãos, que transcendem aos do consumo. Nesse mesmo sentido, Mintzberg (2006, p. 151-152) define: “O governo não é negócio; tratando-o como tal, ele se desqualifica”.

As organizações públicas desempenham um papel social que vai além da produção de bens e serviços. Elas agem sobre a sociedade, sobre entidades políticas e sobre a ecologia. Essas organizações se diferenciam das privadas devido à sua exposição à arena política, à dependência de recursos governamentais e à necessidade de garantir efetividade em suas ações, segundo Thoenig (2007):

À exceção de algumas pequenas diferenças de ordem legal (estatuto dos funcionários, regras de posse e de contabilidade), as agências públicas defrontam-se com contextos administrativos semelhantes aos das empresas privadas que agem no mercado. O gerenciamento interno é bem semelhante em ambos os universos. Não obstante, e isto é que faz toda a diferença, a administração organizacional do setor público deve levar em conta uma segunda função de produção, o que as organizações privadas não precisam. Esta função é chamada de efetividade. Não é interna à instituição, mas sim externa. Está inserida num tecido social de algum gênero. É, portanto, mais complexo administrar uma organização pública do que uma privada (THOENIG, 2007, p. 21-22).

Para Sônia Fleury Teixeira (2001), além das limitações dos instrumentos utilizados pelo novo gerencialismo, a falta de discussão do modelo de Estado teria resultado numa redução do alcance das medidas reformistas em alguns países, na temporalidade dos processos reformistas e na fixação em questões operacionais e instrumentais de

pouco alcance e sem capacidade de transformação. A autora defende a necessidade de um debate anterior às reformas, envolvendo o modelo de Estado a ser construído, as suas funções essenciais e os direitos dos cidadãos a serem assegurados, para posteriormente serem definidas as relações com a sociedade nacional e com os demais Estados.

A supremacia do novo gerencialismo (ou nova administração pública), em âmbito mundial, desde a década de 1980, levou Andrews e Kouzmin (1998) a apontarem para os sinais do seu esgotamento. Em contraste com o papel assumido pelo Estado no pós-guerra, quando este era a força propulsora do desenvolvimento, a atual hegemonia do pensamento neoliberal possibilitou a emergência de um terceiro movimento mundial, baseado no reconhecimento de que as instituições estatais teriam um papel fundamental no desenvolvimento, por estabelecerem conexões com as estruturas sociais.

Não por acaso, o mundo vem passando por uma de suas maiores crises econômicas, maior, talvez, que a de 1929, ou a vivida na década de 1970. Assistimos à falência sucessiva de importantes organizações financeiras, resultado de um modelo de redução progressiva da presença reguladora do Estado na economia. Paradoxalmente, os defensores desse modelo, e, progressivamente, as nações do mundo inteiro, são chamados a intervir, a aplicar recursos para salvar o crédito e evitar um colapso econômico mundial sem precedentes.

Essas constatações remetem à discussão, apontada por Teixeira (2001), sobre a profundidade analítica e a amplitude necessárias às reformas de Estado. Certamente estamos passando por um período que resultará em profundas revisões do paradigma hegemônico atual de gerenciamento do Estado, com reflexos nas diferentes áreas de atuação.

2.1.2 A reforma administrativa no Brasil

A crise econômica mundial da década de 1970 levou ao desenvolvimento de um conjunto de ideias conhecidas como neoliberais, que se tornaram hegemônicas desde então. Essas ideias pregam a reforma do aparelho de Estado: sua diminuição, em termos de tamanho e gastos; a implantação de um modelo gerencial ágil e eficiente; a diminuição da intervenção estatal na economia, para a livre regulação do mercado; uma política de juros altos, para diminuir o consumo; um aumento dos impostos, para financiar o déficit estatal; e o pagamento dos juros da dívida externa, dentre outras.

Os países da América Latina se caracterizavam por uma participação expressiva do Estado como financiador do

desenvolvimento econômico regional. Devido às facilidades de crédito mundial até a crise dos anos 1970, esses países passaram por um grande endividamento e, em consequência da nova política de juros implementada, foram altamente prejudicados. Esse período passou a ser chamado, na América Latina, como “década perdida”, caracterizada pela estagnação do crescimento econômico e social, pela forte evasão de divisas (SANTOS, 2003, p. 2-4), pela presença constante do Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo aumento progressivo da dívida externa e pela crise social. O mundo assistia a um empobrecimento progressivo dos países subdesenvolvidos e ao enriquecimento das nações centrais, alimentado por um fluxo progressivo de capital dos primeiros para os segundos.

Nesse contexto, o Brasil e os demais países da América Latina, mergulhados numa crise financeira e social sem precedentes, começaram a comprometer a estabilidade econômica mundial e passaram a sofrer pressões e interferências internacionais para realizarem suas reformas.

Desta forma, os países da região, em especial o Brasil, passaram a viver o desafio histórico de criar um novo perfil para seus Estados, articulando um novo modelo de desenvolvimento, novas relações do público com o privado e a necessidade de voltarem-se, cada vez mais, para o atendimento das demandas sociais. Neste sentido, a reforma da máquina administrativa, buscando um novo modelo de administração pública, tem sido elemento estratégico para a reconstrução de um Estado que enfrente com eficiência, eficácia e efetividade os problemas deste cenário (SOUZA, 2000, p. 5).

No caso do Brasil, as reformas foram introduzidas, a despeito da ideologia dos seus presidentes, tendo alguns se mostrado, inclusive, reticentes em relação à questão. As reformas aconteceram de forma contínua e incisiva, e com um grau de legitimação social considerado pouco provável, até então. Além da crise econômica mundial, vários outros fatores contribuíram para esse cenário: a redemocratização recente do país, o fortalecimento da sociedade civil, o esgotamento do modelo político anterior, o aborrecimento da sociedade com os políticos tradicionais, a necessidade de mais sociedade e menos Estado, as denúncias de corrupção, entre outros (PEIXOTO, 1997). A população passou a exigir, progressivamente, mais eficiência na gestão da máquina pública e maior reconhecimento dos seus direitos como cidadãos.

Os primeiros sinais do movimento mundial pela reforma do Estado e do gerenciamento público apareceram ainda sob o regime militar, no governo do general Figueiredo (1979-1985), quando foram adotadas medidas, no Brasil, para a contenção dos gastos estatais e a diminuição do Estado. Em 1991, foi criada a Comissão Especial de Privatizações, chefiada pela equipe econômica do governo, que publicou as diretrizes para a transferência à iniciativa privada, de empresas controladas pelo Estado. Essa primeira fase foi conhecida como de reprivatizações, caracterizada pelo retorno ao setor privado de empresas anteriormente estatizadas. O processo de negociação era direto, sem envolvimento da Bolsa de Valores, e havia a preocupação de que o capital nacional se mantivesse majoritário. Nessa época também se iniciou a modernização gerencial do Estado, através da criação do Programa Nacional de Desburocratização (SANTOS, 2003).

Embora os resultados imediatos desses processos não tenham sido relevantes, essa fase possibilitou o seu aprofundamento no governo Sarney, radicalizando-se, posteriormente, nos governos Collor De Melo e Fernando Henrique.

Em 1990, foi criado o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), com o objetivo de sensibilizar e mobilizar o setor produtivo nacional para as adequações necessárias à competitividade mundial. Tendo em vista as pressões do setor privado para que o Estado melhorasse a qualidade dos serviços públicos e também garantisse sua contribuição efetiva no incremento da competitividade do país, foi criado, imediatamente, um subprograma voltado para o setor público. “Altos tributos e burocracia desnecessária, duas cargas extremamente pesadas, representavam – infelizmente ainda representam – um fator que estabelece um limite injusto ao aumento da competitividade brasileira” (LIMA, 2007, p. 31-32).

Nessa época, acreditava-se que os mesmos princípios da qualidade e gestão do setor privado pudessem ser diretamente aplicados ao setor público. O foco da qualidade na administração pública, naquele momento, foi a orientação dos servidores para a importância do tema e a análise e melhoria dos processos gerenciais. A partir de 1997, o foco de suas ações desviou-se dos processos para direcionar-se à gestão organizacional, e a concepção de servidor mudou para a concepção de cidadão usuário dos serviços públicos.

O marco da reforma administrativa brasileira deu-se com a publicação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, no governo Fernando Henrique, e foi gerenciado por Bresser Pereira, então Ministro da Administração e Reforma do Estado. De

acordo com o documento, era necessário reconstruir o Estado, por exigência da globalização da economia e também devido a uma crise dentro do próprio Estado, que tinha três faces: a) uma crise fiscal, que prejudicava a capacidade de investimento do Estado; b) uma crise no modelo de intervenção estatal, em consequência do esgotamento do modelo de substituições de importações; e c) uma crise no modelo burocrático de administração pública, responsável pelos altos custos e pela baixa qualidade dos serviços públicos (ANDREWS; KOUZMIN, 1998).

“Reconstruir o Estado”, de acordo com o Ministro Bresser Pereira, significa diminuir o tamanho do Estado, desregular a economia, aumentando a *governança* e a *governabilidade*. O primeiro objetivo seria alcançado por meio das privatizações, da terceirização e da transferência de serviços públicos para organizações não governamentais (“publicização”). Uma menor intervenção do Estado na economia seria alcançada com a adoção de mecanismos de mercado. Para aumentar a *governança*, ou seja, a capacidade do Estado de tomar decisões efetivas, seria necessário realizar o ajuste fiscal, implantar a administração gerencial e separar a formulação da implementação de políticas públicas. O aumento da *governabilidade*, que corresponde à capacidade política do governo de intermediar interesses, seria realizada pela melhoria da democracia representativa e pela introdução do controle social (ANDREWS; KOUZMIN, 1998, p. 2-3, grifo do autor).

A partir de 1995, foram criados novos modelos de instituições públicas - as agências governamentais e as organizações sociais; as privatizações se ampliaram; estabeleceram-se regras contratuais baseadas em resultados; e, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade foi reformulado, tendo os seus princípios alinhados com as diretrizes do novo gerencialismo.

Apesar das iniciativas e do comprometimento do governo com o plano da Reforma Administrativa, os resultados não foram muito satisfatórios: as privatizações não impactaram na capacidade de investimento do Estado; a criação das agências, ainda que de forma tímida, causa polêmica nos meios políticos e na sociedade; a legislação e as normas burocráticas acabaram dominando o cenário; as novas regras contratuais

não vieram acompanhadas de capacitação e do hábito do monitoramento; o clientelismo cultural se manteve, na máquina administrativa, principalmente através de nomeações do baixo escalão (justamente o que tem maior contato com a população e é responsável por boa parte da operacionalização dos serviços públicos), dificultando a admissão de pessoal mais qualificado; e, além desses fatores, a enorme dívida social que começava a ser cobrada pela sociedade, demandavam ainda mais investimentos sociais por parte do governo (MARTINS, 1997).

Discutindo o alcance das medidas, Reginaldo S. Santos e colaboradores (2003, p. 11-13) fazem algumas ponderações:

Assistiu-se, pois, ao longo da última década do século passado, a um total descaso por parte das autoridades da maioria dos países latino-americanos no que se refere ao estabelecimento de medidas que realmente pudessem garantir uma saída para a crise econômica que tem dominado a região desde os anos 80. Deste modo, a alienação do controle do orçamento aos ditames dos interesses internacionais tem levado o Brasil a assumir uma política macroeconômica totalmente descomprometida com um Projeto de Nação que possibilite a volta do crescimento. Tal situação pode ser facilmente comprovada se analisarmos o percentual do orçamento público que tem assegurado os compromissos com o pagamento dos juros externos.

Nessa mesma linha, Teixeira (2001, p. 11-12) tem o seguinte posicionamento:

Na América Latina, estamos experimentando um grande número de mudanças na gestão pública, com grande capacidade de inovação e transformação das relações Estado/sociedade e das formas tradicionais de administração da coisa pública. Porém, desafortunadamente, as experiências regionais, na maioria dos casos, são caracterizadas como descontínuas, efêmeras, experimentais ou localizadas.

O debate sobre as reformas na região aceitou como natural a necessidade de reformar o Estado, sem discutir os fundamentos teóricos da reforma e, mais ainda, até onde vão os processos reformadores.

De fato, o que se observou no país foi uma discussão instrumental da reforma administrativa, sem o devido aprofundamento em relação ao modelo de Estado que se buscava construir, o que, aliado às questões acima discutidas, resultou em medidas de efeitos parciais e transitórios.

Porém, a discussão sobre o modelo de Estado acabou acontecendo no momento da Assembleia Nacional Constituinte de 1988, durante a qual se observou o embate de diferentes ideologias e propostas. As mudanças requeridas, se de um lado sofreram influências do debate internacional neoliberal, de outro, foram pressionadas pela recente abertura política ocorrida no país, pela enorme dívida social e a necessidade de garantir os direitos dos cidadãos. Essas forças produziram um texto constitucional relativamente pródigo em assegurar os direitos sociais, porém com lacunas que resultaram numa sequência de Emendas Constitucionais que procuravam viabilizar o funcionamento do Estado. Alguns reflexos desse embate representaram avanços importantes, como a descentralização do poder do Estado, com a implantação dos entes estaduais e municipais autônomos, e a descentralização dos serviços públicos, entre outros. Essas medidas, além de responderem aos anseios da sociedade nacional naquele momento, mostraram-se alinhadas a algumas diretrizes do novo gerencialismo e viabilizaram a implantação de algumas medidas reformistas nos diferentes setores, como no da saúde.

No entanto, o novo gerencialismo público foi efetivado em nosso país. O clientelismo cultural, a superficialidade das discussões, a transitoriedade do uso de certos instrumentos e a instabilidade político-administrativa das organizações contribuíram para que as ações públicas nesse sentido fossem tímidas e de pequeno impacto. Além disso, o modelo de Estado discutido por ocasião da Constituinte de 1988 ainda requer discussões, no sentido de operacionalizar e instrumentalizar a sua implantação.

2.1.3 Os reflexos da reforma no setor público de saúde

O setor de saúde é um campo no qual há imensa necessidade de reorganizar a atuação do Estado. Os gastos com saúde têm aumentado de forma progressiva, tanto no setor público quanto no privado, impulsionados pela demanda crescente, pelo aumento das doenças crônicas e pela alta incorporação tecnológica, além de eventuais desperdícios e duplicações de procedimentos. Esses fatores colocaram o setor na agenda político-econômica, na maioria dos países.

As reformas que vêm acontecendo nesse setor transcendem àquelas observadas no novo gerencialismo e passam, inclusive, pela rediscussão do modelo de atenção à saúde. Praticamente todos os Sistemas de Saúde ocidentais têm sido objeto de reformas mais ou menos intensas (QUINHÕES, 1997). Essas reformas incluem a valorização da atenção primária, a regulação do acesso aos serviços, otimização dos recursos, a descentralização e regionalização dos serviços, a implementação de novos mecanismos de pagamento e de controle.

No Brasil, as pressões sociais e a articulação de forças políticas no momento da reabertura política resultaram na revisão do sistema de saúde vigente na época, e na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista pela Constituição Federal de 1988. Esse sistema garantiu o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). De acordo com o novo modelo, o sistema teve, ainda, como diretrizes organizacionais, a regionalização dos serviços (em direção aos municípios), a hierarquização das ações de saúde e a participação da comunidade. Nesse modelo, a assistência à saúde foi liberada à iniciativa privada, que poderá prestar serviços ao SUS de forma complementar, através de contratos e convênios (BRASIL, 1988).

Além de estas proposições responderem aos anseios da sociedade e de representarem uma verdadeira reforma no modelo, medidas adicionais foram implantadas por ocasião da Reforma do Aparelho do Estado, agora na direção do novo gerencialismo, e buscando maior eficiência nos serviços:

- a) a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais gerenciadas pelos profissionais juntamente com a sociedade, mantendo o seu caráter público, mas não estatal (SILVA, 1988);
- b) o gerenciamento por resultados e o estabelecimento de contratos de gestão baseado em metas (contratualização) (SILVA, 1988);
- c) mudanças nas formas de pagamento (por procedimentos inclusive no setor público) (MELO, 2002);
- d) incentivos financeiros para atividades consideradas essenciais (piso de atenção básica) (MELO, 2002);
- e) terceirização de serviços de apoio (limpeza, alimentação e segurança) (MELO, 2002);
- f) implantação das Agências de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de Saúde Suplementar (ANS);

- g) estímulo à elaboração e cofinanciamento de projetos de modernização gerencial dos serviços de saúde (gestão de custos, estoques, qualidade, recursos humanos etc.), tanto públicos como privados contratados; das secretarias estaduais, municipais e do próprio Ministério da Saúde (Projeto REFORSUS);
- h) implantação da Regulação da Assistência à Saúde (BRASIL, 2002);
- i) implantação de mecanismos de pactuação e planejamento intermunicipal e interestadual (Plano Diretor de Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimentos - PDI, Programação Pactuada Integrada - PPI) (BRASIL, 2002);
- j) Pactos dos Indicadores de Saúde (BRASIL, 2006b); e
- k) valorização do desenvolvimento gerencial, entre outras.

Essas medidas estão sendo aprofundadas e aperfeiçoadas. Recentemente, o Ministério da Saúde vem estimulando a implantação de redes de atenção à saúde, procurando articular os recursos disponíveis em cada região, regular o acesso dos usuários aos serviços e desenvolver novos mecanismos gerenciais e de financiamento, com o objetivo de melhorar o acesso da população aos serviços, garantir a integralidade da atenção e otimizar os recursos já existentes. Essa é uma preocupação internacional, com observa Ouverney e Teixeira (2006):

Os movimentos de reforma do Estado durante as duas últimas décadas redimensionaram as bases de organização das políticas públicas por meio de processos de descentralização, estímulo ao compartilhamento decisório e à diversificação das fontes de financiamento e dos formatos de provisão de bens públicos, originando, assim, uma ampla variedade de arranjos compostos por atores governamentais, privados, e não governamentais. Esta composição multiestrutural de organização de políticas públicas apresenta como um de seus desafios principais a promoção de mecanismos e estratégias de integração e articulação capazes de fornecer racionalidade e eficiência a tais arranjos. Como resultado das respostas a esse desafio, emergiu, na literatura internacional de administração pública desde o início da década de noventa, um conjunto de estudos compondo uma nova abordagem de gestão de políticas públicas caracte-

rizada pela ideia de que a integração dos atores presentes nesses arranjos multiesstruturais se torna mais eficaz e eficiente quando promovida por meio de um padrão de interdependência e gestão em redes (OUPERNEY; TEIXEIRA, 2006, p. 1).

Embora a implantação do SUS tenha sido precedida pela discussão do modelo por um Movimento Nacional de Reforma Sanitária, sua efetivação ficou comprometida já no nascedouro, devido às dificuldades de financiamento, em função da grave crise financeira por que passavam os países em desenvolvimento. Adicionalmente, a cultura de prestação de serviços públicos permeada de clientelismos e proteções, e as disputas políticas, que tendem a manter o poder centralizado, têm dificultado o seu aperfeiçoamento.

Apesar de o SUS ter avançado na descentralização e no aumento do acesso aos serviços, permanecem iniquidades, vazios assistenciais, desperdícios e ineficiências. Além disso, sofre cronicamente de subfinanciamento e carece de gerenciamento eficaz e efetivo (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, desde que adaptados às peculiaridades dos serviços públicos e do setor de saúde, os novos mecanismos e instrumentos propostos pelo gerencialismo, tais como o gerenciamento por desempenho, a avaliação regular de resultados, a gestão da qualidade, a responsabilização, entre outros, poderão contribuir para otimizar os recursos, melhorar a qualidade e o acesso aos serviços e para o aperfeiçoamento do SUS. Em alguns lugares onde esses instrumentos estão sendo implantados, os resultados têm sido animadores, como acontece nas instituições hospitalares, e estimulam a busca por novos mecanismos que contribuam para melhorar o desempenho e efetividade do sistema de saúde. Nesse sentido, merecem atenção especial os serviços que podem representar maior impacto nas condições de saúde da população, como os serviços locais.

2.1.4 O desafio do gerenciamento da Atenção Primária à Saúde

A implantação do SUS, descentralizado em direção aos municípios e com comando único em cada esfera de governo, representa um enorme desafio aos gestores municipais de saúde. O município, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, é o responsável último pela execução das ações de saúde, além de ter o

comando sobre todas as unidades públicas existentes em seu território (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

No entanto, esse processo de descentralização tem encontrado dificuldades, devido ao despreparo técnico das equipes municipais e às dificuldades de descentralizar o poder e os recursos financeiros, que têm sido direcionados para municípios mais eficientes na gestão da saúde, conforme pesquisa de Fracolli (2001, p. 14):

Esse processo de descentralização administrativa tem encontrado dificuldades diversas de se concretizar, tais como a falta de preparo técnico e econômico dos municípios para assumir suas funções gerenciais, o interesse das burocracias do setor público que, com a descentralização, perdem o manejo e a capacidade de influência político-clientelista sobre a saúde e a falta de políticas públicas de financiamento adequadas. Na atualidade, as políticas públicas de financiamento regem-se por critérios redistributivos e de eficiência, o que acaba deslocando e realocando recursos financeiros nos municípios mais preparados em detrimento dos menos preparados (FRACOLLI; EGRY, 2001, p. 14).

Embora esteja prevista na Constituição Federal, observa-se um adiamento progressivo da descentralização do sistema de saúde e do comando único para os municípios. Esse processo vem acontecendo lentamente, por meio de acordos e pactos infraconstitucionais, de pouco valor legal, mas que acabaram por configurar um quadro de gerenciamento progressivamente complexo. Na atualidade, praticamente todos os municípios do país assumiram a gestão dos recursos e dos serviços públicos de atenção primária à saúde, ficando os de maior complexidade sob responsabilidade dos estados ou dos municípios de maior porte.

A atenção primária à saúde (APS) vem sendo definida desde a década de 1970, particularmente depois da conferência de Alma Ata, na Rússia, quando foi apontada como a estratégia para alcançar a Saúde Para Todos até o ano de 2000 (OMS, 1980). Caracteriza-se, além do primeiro contato com o sistema, como a responsabilização pelo paciente (independente da presença ou ausência de doença) e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde. De acordo com Starfield (2004):

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. [...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos com especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2004, p. 28).

A APS se constitui na principal estratégia para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e da resolubilidade do SUS. Pelo modelo, deverão ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde – UBSs, que são a principal porta de entrada do sistema, têm capacidade para atender a cerca de 80% dos problemas de saúde de uma dada população e de resolver de 90 a 95% deles (BRASIL, 1983b; BRASIL, 1994; CAMPOS, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é a opção principal do Ministério da Saúde para a implantação das APSs no Brasil. Essa estratégia, detalhada no documento intitulado Política Nacional de Atenção Básica do Brasil, tem como fundamentos: garantir o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; efetivar a integralidade da atenção à saúde; desenvolver vínculos e responsabilização com a população residente na área de abrangência das unidades de saúde; valorizar os profissionais, através de sua capacitação constante; realizar planejamento e avaliação dos resultados no âmbito local; estimular a participação popular e o controle social. Buscando suprir as demandas da população, o

trabalho deve ser organizado a partir de equipes multiprofissionais, sendo previstas as atribuições de cada membro da equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário, agentes comunitários) (BRASIL, 2006b).

Embora a multiprofissionalidade seja um eixo central na estruturação das equipes de Saúde da Família, o seu exercício é cercado de conflitos, devido a uma formação profissional que enfatiza a especialização, e devido às relações de poder entre as diferentes categorias (FURTADO; TANAKA, 1998). Soma-se a esses fatores o despreparo das equipes para a abordagem multifatorial do processo saúde-doença, para a tradução das demandas sociais em ações de saúde e para a prática de vigilância à saúde em um território de referência.

Atualmente, observa-se um processo de adequação progressiva do aparelho formador e inúmeras iniciativas governamentais para apoiar a organização das UBSs. Porém, por mais que os processos de trabalho nas UBSs estejam organizados e formalizados, a sua natureza, as demandas da sociedade local e as contínuas interações entre usuários e equipe fazem com que se identifiquem continuamente limitações nas normas e procedimentos pré-estabelecidos, com uma possibilidade contínua de revisão e criação de oportunidades de intervenção técnica e de gerenciamento (MELO, 2002; ALMEIDA, 2007). Isso torna o trabalho ainda mais desafiador, não só pela sua significação técnica e política, mas também pelo seu grau de subjetividade, de improvisação e de construção contínuas.

Essas questões refletem o grau de dificuldade no trabalho e no gerenciamento das UBSs. O gerente dessas unidades deve ter capacidade de fazer interface com as equipes de profissionais, reconhecer as demandas, analisar o perfil epidemiológico da população, articular a unidade com os outros níveis do sistema, viabilizar o acesso aos exames e ações de saúde complementares, entre outras ações. Essas características levaram Bárbara Raupp (2006), a concluir que:

A partir destas discussões sobre a natureza do processo saúde-doença-atenção e de uma concepção complexa da realidade, propomos que a unidade de atenção primária seja compreendida como uma organização complexa, constituída por múltiplos processos de trabalho em constante interação e cuja finalidade é produzir ações e serviços que respondam às necessidades de saúde da população do território-área de abrangência sob sua responsabilidade, em conformidade com os princípios e

finalidades do SUS. Cada unidade de atenção primária, assim concebida, possuiria uma história e cultura singulares, mas estaria “imersa” na história e cultura setorial e societal, interagindo com as partes e com o todo (RAUPP, 2006, p. 28).

As características dos processos de trabalho e as perspectivas de troca de conhecimento nas equipes de saúde fizeram com que Cunha et al. (2009, p. 3), caracterizassem a UBS como uma organização de alta complexidade gerencial e como uma Organização Intensiva em Conhecimento (OIC): os processos de trabalho são baseados no conhecimento e na habilidade intelectual das suas equipes técnicas; as equipes têm alto grau de autonomia no desenvolvimento dos serviços; geralmente possuem estruturas horizontais de funcionamento, baseadas em equipes que trabalham de maneira flexível e integrada e utilizam intensivamente a comunicação para a coordenação e a resolução dos problemas; o trabalho é centrado nos usuários e exige articulação de soluções; existe uma assimetria de poder, fazendo com que os usuários confiem nas competências dos trabalhadores para a solução de seus problemas; e, a avaliação da qualidade dos serviços é difícil, devido ao grau de complexidade dos problemas e da alta participação dos usuários nos processos de trabalho. Para os autores, essas unidades precisam de processos específicos de gestão, que facilitem o processo de troca e criação do conhecimento.

Observações semelhantes levaram Rivera (1996, p. 364) a classificar as organizações de saúde como “organização profissional de saúde”: nelas, o poder é distribuído; os processos de trabalho são coordenados com base no conhecimento especializado adquirido pelos profissionais de saúde (especialmente os médicos) fora do sistema; os processos de trabalho são diversificados, as relações insumos-produto são instáveis ou variadas, envolvendo vários setores e gerando produtos de difícil previsão; o corporativismo dificulta a dinâmica de equipe; a governabilidade é relativa, depende de recursos controlados por níveis superiores; há forte participação dos clientes na produção dos serviços, eles são quase corresponsáveis pelo trabalho. Para Rivera, essas organizações requerem estruturas mais horizontais, de comunicação intensa, que viabilizem um gerenciamento articulado, com descentralização do poder, incluindo planejamento, responsabilidade financeira e gestão colegiada.

Pesquisas recentes têm analisado os processos produtivos em saúde e começam a sugerir novas formas de gerenciamento das equipes e dos serviços. Percebe-se que há um consenso na literatura, como a necessidade de modelos de gestão que privilegiem a participação dos

sujeitos nos processos decisórios, com oportunidades de troca de conhecimento, aprendizado, mudança de modelo de práticas e gerenciamento (CUNHA et al., 2009; CAMPOS, 2005; CUBAS, 2005; MERHY, 1998; RIVERA; ARTMANN, 1999).

Apesar de toda essa complexidade do trabalho e da importância da APS, muito pouco tem sido feito no sentido de melhorar as condições e os processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. As responsabilidades dos profissionais vêm crescendo devido à absorção progressiva de novas atividades técnicas voltadas para as necessidades locais, como a saúde mental, o tratamento da AIDS, a vigilância em saúde, entre outras. Paradoxalmente, a estrutura dessas unidades se mantém quase inalterada, os processos de trabalho são cada vez mais complexos e pouco estruturados, e o gerenciamento tem sido oportunístico e de baixa profissionalização. As unidades carecem de estrutura física adequada às atividades previstas, de sistemas de apoio logísticos, de sistemas de referência eficazes para os pacientes, de planejamento e autonomia local.

O foco principal das reformas administrativas voltou-se para a gestão de políticas e das unidades especializadas, deixando o setor mais estratégico do SUS em segundo plano. A busca de novos instrumentos gerenciais pode, no meu entender, contribuir para a melhoria da qualidade do trabalho na atenção primária, da sua resolubilidade, da satisfação dos técnicos, dos usuários e para a efetividade das políticas públicas de saúde e do SUS. Essa é uma realidade que precisa ser enfrentada com desenvolvimento de novas tecnologias de trabalho e de gerenciamento, que suportem a complexidade do trabalho nesse nível de atenção à saúde. Alguns movimentos nesse sentido já começam a aparecer, mas seus resultados ainda são tímidos em relação às enormes necessidades na atenção primária à saúde.

2.2 A natureza do trabalho gerencial

Esta seção será dedicada, primeiro, a um relato da evolução do trabalho gerencial como consequência das mudanças no mercado e, em seguida, às principais abordagens e especificidades do trabalho gerencial nos diferentes setores, considerando o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2.2.1 A evolução do trabalho gerencial

A análise do trabalho gerencial nas organizações em geral revela uma correspondência entre o seu aperfeiçoamento, as mudanças observadas no mercado e o desenvolvimento das organizações. À medida que o mercado se tornou mais competitivo e instável, as organizações foram obrigadas a revisar tanto os seus processos de produção como os gerenciais, para se tornarem mais flexíveis e sobreviverem num ambiente cada vez mais turbulento.

Embora existam preocupações com a gerência desde a antiguidade, foi somente nos últimos cem anos que a gerência passou a ser objeto de investigação sistemática e campo de estudo. A Revolução Industrial foi um marco para o desenvolvimento gerencial. A substituição da manufatura pelo produto industrializado resultou no emprego de centenas de pessoas, na divisão do trabalho e sua especialização, no aumento da produtividade e na necessidade crescente de coordenação, como aponta Robbins:

[...] essas fábricas exigiam habilidades gerenciais. Precisavam de gerentes para prever a demanda, garantir estoques de lã suficientes para fazer o fio, distribuir tarefas para as pessoas, dirigir as atividades diárias, coordenar as várias tarefas, assegurar que as máquinas fossem mantidas em boas condições de funcionamento e que os padrões fossem obedecidos, encontrar mercados para as mantas prontas, e assim sucessivamente (ROBBINS, 2001, p. 489).

No início do século XX, com o mercado relativamente estável, as empresas preocupavam-se principalmente com o aumento da produtividade e a maximização dos lucros. O sucesso das empresas dependia, basicamente, da boa administração interna. As organizações funcionavam como um sistema fechado, onde o trabalho do gerente era garantir que todas as partes fossem coordenadas e que suas metas fossem alcançadas.

Com o aquecimento do mercado, após a Segunda Guerra Mundial, e o ressurgimento da Europa, observou-se um aumento substancial na competição, tornando o ambiente externo às empresas cada vez mais instável e imprevisível. O mercado começava a dar sinais de saturação e a produção em massa abria espaço para a diferenciação dos produtos. Novas técnicas de planejamento e administração começaram a surgir,

procurando ampliar a capacidade de reação das organizações às mudanças.

Tornou-se fundamental que os gerentes olhassem para fora das empresas, procurando antever acontecimentos que pudessem comprometer o seu desempenho. As organizações passaram a serem administradas como sistemas abertos, interagindo com o ambiente externo. Era necessário considerar os interesses dos acionistas, dos clientes e dos fornecedores, as regulamentações governamentais e as outras organizações. O planejamento, que antes era focalizado no prazo, direcionou-se progressivamente para a compreensão dos fenômenos que ocorriam no mercado e para o desenvolvimento da estratégia (TAVARES, 2000).

Adicionalmente, foram crescendo as preocupações da sociedade com o meio ambiente, com a inflação, com os problemas sociais e políticos, e estes passaram a influenciar no desenvolvimento das estratégias. Esses fatores, aliados ao desenvolvimento tecnológico e das tecnologias de informação, na segunda metade do século XX, determinaram uma revisão dos processos produtivos, para torná-los mais ágeis, eficientes e voltados para os interesses dos consumidores. A oferta e a diversidade de produtos disponíveis no mercado já era tal, que o consumidor tornava-se cada vez mais exigente, em termos de qualidade e preço. As linhas de produção, até então organizadas segundo os critérios estabelecidos pelos gerentes de produção, passaram a ser definidas a partir do *marketing* das empresas, voltado para o mercado e para os interesses dos clientes. É neste ambiente que surgem as propostas de Reengenharia e de Gestão da Qualidade, buscando melhorias no processo produtivo tanto de bens como de serviços, com foco no cliente final (PALADINI, 1995; CHING, 1997; HAMER, 2001).

A necessidade de flexibilizar e de agregar diferencial de qualidade aos produtos e serviços, fez com que Porter (1985) propusesse a análise da cadeia de valor, para identificar quais atividades das organizações agregavam valor aos produtos e serviço, na perspectiva dos clientes. Reconhecendo que não eram somente as atividades primárias que agregavam valor aos produtos, propôs a revisão total dos processos produtivos, incluindo as atividades de apoio e as gerenciais.

A constatação de que o trabalho gerencial agrega valor à organização colocou a gerência no centro das estratégias. Profissionais com visão ampliada do ambiente de negócios, com capacidade de identificar necessidades de mudanças e de conduzir processos adaptativos de maneira eficaz passaram a ser cada vez mais requisitados. Porém, esse perfil profissional, além de ser altamente diferenciado, não estava disponível no mercado em quantidade e qualidade suficientes.

Tornou-se, então, necessário estudar o trabalho gerencial, compreender a sua complexidade e estimular o seu desenvolvimento.

Muitas pesquisas têm sido realizadas nesse sentido, tanto na área de produção de bens, como na área de serviços, onde se enquadra o setor de saúde. A maioria das pesquisas descreve as características e habilidades de gerentes eficazes, e geralmente são relacionadas aos altos executivos de grandes organizações internacionais. Alguns estudos têm demonstrado variação no perfil do trabalho gerencial em função do tamanho da organização, do nível hierárquico, da cultura local e institucional, da formação profissional, do gênero, da área de produção (ESCRIVÃO FILHO, 1995; EVANS, 1999; MORAES, 2000; BOTELHO, 2008).

Em contraste com as funções produtivas e administrativas como a contabilidade, que exigem o conhecimento de técnicas e requerem comportamentos específicos, a função gerencial, além de não estar ligada à produção direta de bens ou serviços, envolve a participação direta em inúmeras rotinas e técnicas, agindo diferenciadamente em cada uma delas. Essa flexibilidade caracteriza o trabalho gerencial como extremamente ambíguo e repleto de dualidades, cujo exercício se faz de forma fragmentada e intermitente (MOTTA, 1996).

2.2.2 A natureza do trabalho gerencial

Historicamente, o conhecimento sobre o trabalho gerencial foi desenvolvido por pesquisadores e praticantes com diferentes visões sobre a natureza dessa atividade.

A partir da década de 1970, alguns pesquisadores começaram a questionar os princípios defendidos até então, definindo-os como normativos e não verificáveis. Dessa maneira, inaugurou-se um período de pesquisas empíricas sobre o trabalho gerencial, que revisou os conceitos até então defendidos.

2.2.2.1 As primeiras teorias administrativas e a abordagem de processo

No início do século XX, com o mercado relativamente estável e a baixa competição, delineou-se um perfil gerencial voltado para o desenvolvimento de estratégias e técnicas que garantissem o aumento da produtividade:

[...] o foco da atividade industrial concentrou-se na elaboração e aperfeiçoamento da produção de massa, que, progressivamente, diminuiu o custo unitário dos produtos. [...] Os produtos eram, de um modo geral, não diferenciados, e a capacidade de produzir o preço unitário mais baixo constituía o segredo para o sucesso (ANSOFF, 1990, p. 32).

Nesse ambiente de relativa tranquilidade, destacaram-se os trabalhos de Taylor e Fayol, que revolucionaram a administração das organizações.

Taylor (1960) defendeu a Administração Científica como forma de buscar a prosperidade das empresas. Administrar deixava de ser uma habilidade pessoal e passava a seguir princípios e regras cientificamente desenvolvidas. Seu método era analítico e tinha como foco o estudo dos tempos para organização dos processos de produção. O autor defendia a divisão de responsabilidades entre patrão e empregado, a padronização do processo produtivo, o treinamento de pessoal e a gratificação por desempenho, como forma de diminuir os desperdícios e aumentar a produtividade. De um modo geral, com a aplicação dos seus princípios, as empresas conseguiam melhorar a sua produtividade em até 200% (TAYLOR, 1960; ROBBINS, 2001).

Para Taylor (1960) o papel do gerente era planejar, padronizar o processo produtivo, evitar desperdícios, treinar pessoal e controlar para que tudo acontecesse conforme o planejado. Ele tinha a expectativa de que seu método pudesse contribuir para o aperfeiçoamento gerencial nos diferentes campos da economia:

Esperamos, contudo, que os mesmos princípios, com resultados iguais, possam ser aplicados em qualquer atividade social: na direção dos nossos lares, na gerência de nossas fazendas, na administração de nossas casas comerciais, grandes e pequenas, na administração de igrejas, de institutos filantrópicos, de universidades e de serviços públicos (TAYLOR, 1960, p. 12).

Enquanto Taylor se preocupava, principalmente, com o processo de produção, na mesma época, Henry Fayol (1960) preocupava-se com o aperfeiçoamento das funções administrativas e propunha sua organização. Sua produção teórica foi elaborada a partir da própria experiência como executivo em uma empresa mineradora, entre os anos de 1860 e

1918, e ficou conhecida como Teoria Clássica da Administração. Segundo ele, as operações das empresas podiam ser divididas em seis grupos: operações técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, de contabilidade e administrativas. Enquanto as demais funções ocupavam-se das matérias-primas e das máquinas, a função administrativa voltava-se para o corpo social das empresas e, para ele, também exigia método e qualificação.

Em síntese, a teoria é composta de quatorze princípios organizacionais e cinco funções gerenciais. Os princípios são guias para a prática e a teoria gerenciais. A intenção de Fayol era que tais princípios não fossem rígidos nem absolutos, mas aplicados e adaptados às diversas circunstâncias. Os princípios propostos por Fayol (1960) são os seguintes:

1. divisão de trabalho;
2. autoridade e responsabilidade;
3. disciplina;
4. unidade de comando;
5. unidade de direção;
6. subordinação do interesse individual ao interesse geral;
7. remuneração;
8. centralização;
9. hierarquia;
10. ordem;
11. equidade;
12. estabilidade;
13. iniciativa; e
14. espírito de grupo.

A maior parte da sua teoria é dedicada às funções gerenciais. Para Fayol (1960), gerenciar é um processo contínuo de previsão, organização, comando, coordenação e controle, onde:

1. Prever – consiste em avaliar os recursos e operações correntes da empresa com o objetivo de prepará-la para o futuro;
2. Organizar – resume-se em fornecer as provisões necessárias para a criação e a manutenção das estruturas operacionais e sociais da empresa;
3. Comandar – constitui em agir com o objetivo de obter o máximo desempenho do pessoal;
4. Coordenar – consiste em harmonizar as atividades da empresa a fim de facilitar seu funcionamento e seu sucesso;

5. Controlar – resume-se em confrontar o executado com o planejado, visando identificar e reparar os erros e as falhas, bem como evitá-los.

Embora Fayol estivesse preocupado com o desempenho das organizações nos diferentes setores da economia, incluindo áreas de serviços como a saúde, a aplicação de suas propostas deu-se principalmente no setor industrial, o que acabou por restringir o seu alcance.

A administração constitui um fator de grande importância na direção dos negócios: de todos os negócios grandes ou pequenos, industriais, comerciais, políticos, religiosos ou de qualquer índole (FAYOL, 1960, p. 7).

Nessa mesma época, destacaram-se os trabalhos de Max Weber, que desenvolveu a teoria das estruturas de autoridade e descreveu a atividade organizacional em função das relações de autoridade. Weber defendia a divisão do trabalho, a hierarquia claramente definida, com regras e regulamentos detalhados, e a impessoalidade nas relações de trabalho, num sistema ideal de funcionamento que chamou de burocracia. Weber reconhecia a separação entre ser dono e ser gerente, legitimando, assim, o *status* de gerente de carreira ou gerentes profissionais (ROBBINS, 2001).

Os trabalhos de Taylor, Fayol e Weber estabeleceram os princípios gerais da administração e influenciaram dezenas de seguidores, como Luther Gulick, Lyndall Urwick, William H. Newman, Harold Koontz, e Cyril O'Donnell, e diferentes escolas de administração (ESCRIVÃO FILHO, 1995). Conhecidos como processualistas, com visão centrada na execução, eles não conseguiram refletir a complexidade envolvida na gestão de empresas e de pessoas, principalmente nos tempos de maior competitividade (ROBBINS, 2001).

Ao contrário das ideias de Taylor, os gerentes nem sempre estão mais bem preparados do que os funcionários para realizar o trabalho de planejar e controlar. O axioma de Fayol de que a divisão do trabalho aumenta a produção do funcionário não é universalmente aplicável. E os gerentes estão rejeitando cada vez mais a convicção de Weber de que a burocracia é o desenho mais eficiente para

as grandes organizações (ROBBINS, 2001, p. 499).

Suas ideias, no entanto, permanecem vivas até hoje. Escrivão Filho (1995) fez um levantamento bibliográfico e percebeu que, de 21 livros publicados entre 1980 e 1986, todos mencionaram as funções de Fayol, 17 deles usaram pelo menos quatro das suas funções clássicas, e os três restantes utilizaram três dessas funções.

Após a Segunda Grande Guerra, destacam-se os trabalhos de Peter F. Drucker, considerado um dos magos da administração moderna e com grande influência na administração. Numa linha prescritiva e com visão na execução, o autor publica, em 1967, o livro *O Gerente Eficaz*. Sua abordagem transcende a concepção do gerente como técnico, para uma concepção relacionada à comunicação e à liderança. Para ele, qualquer pessoa com capacidade de influenciar as decisões de uma organização poderia ser considerada um gerente. Partindo do princípio de que não basta ter inteligência, imaginação e conhecimento, e de que não basta ser eficiente (fazer certo), o autor propõe um conjunto de normas a serem seguidas para que um gerente se torne eficaz (fazer as coisas certas):

Há, essencialmente, cinco dessas práticas – cinco desses hábitos de pensamento que devem ser adquiridos para ser um gerente eficaz.

1. Gerentes eficazes sabem como empregar o tempo. Eles trabalham sistematicamente controlando o pouco tempo que pode ficar sobre o seu controle.
2. Gerentes eficazes focalizam uma contribuição externa. Conduzem esforços para resultados e não para o trabalho. Começam com a pergunta: Que resultados esperam de mim e não com o trabalho deve ser feito, com suas técnicas e instrumentos.
3. Gerentes eficazes constroem baseados na força – suas próprias forças, a de seus superiores, colegas e subordinados; e nas forças da situação, isto é, no que elas podem fazer. Tais gerentes não se baseiam em fraquezas. Não começam com as coisas que não podem fazer.
4. Gerentes eficazes se concentram nas poucas grandes áreas onde uma execução superior produzirá resultados excelentes. Forçam-se a

estabelecer prioridades e a manter suas decisões de prioridade [...].

5. Gerentes eficazes, finalmente, tomam decisões eficazes. Sabem que isso, acima de tudo, é uma questão de sistemática – os passos certos na sequência certa. Sabem que a decisão eficaz é sempre um julgamento, baseado em “opiniões divergentes”, mais do que na “apreciação dos fatos” (DRUCKER, 1974, p 31-32).

Posteriormente, em um artigo publicado em 2004, na Harvard Business Review, Drucker propõe oito práticas para os gerentes serem eficazes: perguntar o que precisa ser feito; perguntar o que é bom para a empresa; fazer planos de ação; assumir a responsabilidade pela decisão; assumir a responsabilidade pela comunicação; focar em oportunidades ao invés de em problemas; fazer reuniões produtivas, falar “nós” em vez de “eu”. Para cada uma dessas práticas há passos e observações que devem ser seguidos (DRUCKER, 2004).

Os trabalhos de Drucker são bastante utilizados em capacitações gerenciais, mas existem várias críticas a respeito, principalmente nos meios acadêmicos, devido ao seu caráter extremamente prescritivo. O comportamento de profissionais é resultado de uma complexa interação de fatores não considerados em seus trabalhos. Essas questões têm limitado a utilização das teorias desse autor nesses meios.

Uma abordagem particularmente importante para esta pesquisa é a do diagnóstico, na qual o gerente é orientado a utilizar um processo de resolução de problemas, que guia a sua atenção para a análise do funcionamento organizacional, transcendendo à clássica análise da produção e da decisão (HANDY, 1976). Segunda essa abordagem, o gerente:

[...] seja ele chamado gerente geral, gerente de especialistas ou supervisor de departamento, deve lembrar-se de que, em seu papel de clínico geral, ele é o primeiro a tomar conhecimento de problemas. É a ele que cabe: identificar os sintomas em qualquer situação; diagnosticar o mal ou a causa do problema; decidir como será atacado – uma estratégia para a saúde; dar início ao tratamento (HANDY, 1976, p. 413).

A prática gerencial, nessa abordagem, parte da detecção de sintomas organizacionais (greve, queda nas vendas, falta de matéria-prima) e atua para corrigir as anormalidades. A crítica que se faz a essa

abordagem é a de que, agindo dessa maneira, o trabalho do gerente é considerado passivo e reativo, não se antecipando aos problemas (ESCRIVÃO FILHO, 1995).

Como os métodos de diagnóstico não são amplamente aceitos ou são considerados parciais, essa abordagem não reflete totalmente a realidade da organização e de suas relações com o mercado. Porém, a prática sistemática de diagnóstico pode ser útil para detectar problemas funcionais em setores da organização considerados como críticos.

2.2.2.2 A abordagem dos papéis

Os teóricos da abordagem dos papéis caracterizam-se mais pela ênfase no embasamento empírico e pela crítica à abordagem do processo do que pelo compartilhamento de uma teoria comum sobre o trabalho gerencial. Uma de suas argumentações centrais é a de que os princípios defendidos pelos processualistas são normativos e não verificáveis. As conclusões a respeito do trabalho gerencial devem ser suportadas por evidências empíricas, afirmavam esses pesquisadores (ESCRIVÃO FILHO, 1995).

A partir dos anos 1970, três pesquisadores da abordagem dos papéis destacaram-se ao desenvolverem teorias alternativas às dos processualistas, a saber: Henry Mintzberg, Rosemary Stewart e John Kotter. Embora apresentem diferentes visões sobre o trabalho gerencial, eles têm em comum a ênfase na pesquisa empírica, a crítica aos processualistas e ao caráter prescritivo de alguns clássicos sobre o que um gerente deve fazer.

a) Henry Mintzberg

Henry Mintzberg (1973) percebeu que os estudos empíricos realizados até aquele momento davam conta das características do trabalho gerencial, mas não identificavam as atividades executadas pelos gerentes, nem os propósitos de tais atividades. Relacionou essas deficiências aos métodos de pesquisa utilizados (diário de anotações) e propôs a observação estruturada.

Mintzberg estudou o trabalho de cinco executivos de empresas americanas de médio e grande porte (uma escola, um hospital, uma empresa de tecnologia, uma empresa de consultoria e uma de bens de consumo) e concluiu que a visão do trabalho gerencial organizado, com o gerente calmamente planejando, coordenando e controlando, era puro

folclore. Ao contrário, suas atividades são caracterizadas pela brevidade, variedade e fragmentação (MINTZBERG, 1973, p. 31).

Segundo o autor (MINTZBERG, 1973, 1990, 2007), há quatro mitos sobre o trabalho gerencial que não correspondem à realidade:

- 1) o gerente é um planejador sistemático e reflexivo;
- 2) o gerente efetivo não tem obrigações rotineiras a executar;
- 3) o gerente necessita de informações agregadas, providas por um sistema formal de gerenciamento de informações; e
- 4) gerenciar é, ou pelo menos está rapidamente se tornando, uma ciência e uma profissão.

Contrariamente ao que se defendia até então, seu estudo demonstrou que:

- 1) os gerentes trabalham em ritmo intenso. Suas atividades são caracterizadas pela brevidade, variedade e descontinuidade, fortemente orientadas para ação e pouco reflexivas;
- 2) o trabalho gerencial envolve um número regular de obrigações, incluindo rituais e cerimoniais, negociações e processamento de informações que ligam a organização com o ambiente externo;
- 3) os gerentes preferem fortemente a comunicação verbal, telefonemas e reuniões; e
- 4) os programas dos gerentes - gerenciar o tempo, processar informações, tomar decisões e outros - permanecem trancados no interior de seus cérebros. Para descrevê-los, confiamos em palavras como planejamento e intuição, mas são apenas rótulos para nossa ignorância.

Com os resultados das pesquisas de Mintzberg, o trabalho gerencial passa a ser considerado como sendo complicado e difícil. Os gerentes são sobrecarregados com obrigações que não podem delegar, agindo como um respondente em tempo real às demandas e pressões resultantes do cargo que ocupam. Uma variedade de tarefas e contatos contínuos aumenta cada vez mais sua rede de relações e a sua capacidade de coleta de informações. O planejamento é implícito, com reprogramação frequente do seu dia de trabalho.

Considerando o gerente como a pessoa encarregada de uma organização ou subunidade, investida de autoridade formal e *status*, que lida com várias relações interpessoais, através das quais mobiliza informações a serem utilizadas na tomada de decisões; e, considerando o papel do gerente como um conjunto organizado de comportamentos que per-

tencem a uma posição identificável, Mintzberg conclui que os gerentes desempenham dez tipos de papéis. Esses papéis são agrupados segundo a afinidade e a natureza, em três conjuntos: papéis interpessoais, papéis informacionais e papéis decisoriais (MINTZBERG, 1973, 2007):

Os **papéis interpessoais** advêm diretamente do *status* e da autoridade formal dos gerentes: eles precisam representar a organização em cerimoniais e atos internos e externos, fazem contatos e lideram pessoas. São papéis interpessoais:

- a) Representação – papel desempenhado em atos e cerimoniais formais;
- b) Líder – como responsável pelo trabalho de outras pessoas; e
- c) Contato – através do estabelecimento de uma rede de contatos com chefes, subordinados, pares e pessoas de fora da organização.

Os **papéis informacionais** são resultados dos contatos interpessoais. Os gerentes podem não saber tudo, mas tipicamente sabem mais do que os subordinados. Eles acessam um conjunto tão variado de informações, que se tornam o centro nervoso da unidade organizacional. São papéis informacionais os de:

- a) Monitor – através de seus contatos dentro e fora da organização, o gerente busca informações constantemente e monitora o ambiente intra e extraorganizacional.
- b) Disseminador – como elo privilegiado da rede organizacional, o gerente funciona como disseminador de informações aos subordinados, principalmente as táticas e as estratégicas.
- c) Porta-voz – o gerente leva informações da organização para fora da sua unidade ou para o ambiente externo.

O gerente estabelece uma rede de relações, através das quais busca informações para tomar decisões. São quatro os **papéis decisoriais** propostos:

- a) Empreendedor – o gerente monitora o ambiente, para melhorar sua unidade e promover as alterações necessárias, de forma a adaptá-la às mudanças identificadas no meio ambiente. Para a execução dos seus projetos, ele pode utilizar delegação, autorização e supervisão dos subordinados.
- b) Solucionador de distúrbios - o gerente age involuntariamente, geralmente sob pressões, para resolver problemas e crises.

- c) Alocador de recursos – esse papel reflete as decisões estratégicas da organização e da unidade. Como autoridade formal, o gerente decide como e onde serão alocados os recursos em sua unidade.
- d) Negociador – para concretizar suas estratégias, o gerente realiza negociações tanto com pessoas de dentro, como de fora da organização.

Mintzberg compara esses papéis com aqueles utilizados pelos atores, cuja personalidade pode interferir no *como* o papel é realizado, mas não *no que* é realizado. Cada gerente dá significação e intensidade a cada papel de maneira singular e o seu desempenho é resultado de um *mix* desses papéis, em intensidades diferentes (MINTZBERG, 1973, 2007).

O pesquisador considera, ainda, um número enorme de variáveis que podem influenciar o trabalho dos gerentes e apresenta quatro variáveis que influenciam o trabalho: 1) o ambiente (cultura, competitividade, uso de tecnologia, tamanho da empresa, entre outras); 2) o trabalho em si (nível hierárquico e função); 3) a personalidade de quem ocupa o cargo; e 4) a situação (crises organizacionais, mudanças sociais e outras).

Mintzberg certamente foi, depois de Fayol, o escritor que mais influenciou o pensamento moderno sobre gerência. As suas pesquisas mudaram completamente os conceitos até então existentes e praticamente abriram uma nova escola de pensamento gerencial.

b) Rosemary Stewart

Rosemary Stewart (1982), apesar de concordar com Mintzberg que o trabalho do gerente é fragmentado e reativo, considera que isso não é verdade para todos os cargos. Para ela, a simples descrição das atividades executadas não é suficiente para explicar o trabalho do executivo e sugere um modelo que procura expressar a variabilidade do comportamento gerencial. Esse modelo originou-se de quatro estudos, realizados com mais de 500 gerentes, entre os anos de 1973 e 1980, através de entrevistas não estruturadas, de observações, diários e discussões em grupo. O modelo fundamenta-se em três conceitos principais, demandas, restrições e escolhas, onde:

- a) Demandas – são as atividades que o gerente é obrigado a fazer e que são inerentes ao cargo, como atingir determinadas metas e *performance*, liderar equipes etc.

- b) Restrições – são fatores internos e externos que limitam as atividades do gerente, tais como limitações impostas por outros setores da organização, normas governamentais, problemas geográficos etc.
- c) Escolhas – são as atividades que o gerente pode, mas não é obrigado a fazer. Elas são as oportunidades de fazer diferente ou por outros caminhos.

A estrutura do seu modelo consiste em um conjunto de obrigações, outro, de demandas e, entre os dois, as escolhas. As escolhas são limitadas pelas demandas e obrigações, numa dinâmica que muda em cada situação. Além disso, as escolhas podem variar enormemente entre diferentes indivíduos, como reflexo de suas habilidades, crenças e visões de mundo.

Para Stewart, o desempenho de um gerente depende do cargo que ocupa e da sua agenda. O cargo é representado pelas demandas e restrições inerentes às suas funções, e a agenda é o processo pelo qual o gerente decide o quê fazer, permeado por estratégias e metas pessoais. Como as demandas e restrições são relacionadas à organização, o seu desempenho dependerá da sua capacidade de realização e das suas características pessoais.

A autora levanta uma hipótese, não comprovada empiricamente, de que os executivos proativos (aqueles que têm agenda explícita) parecem ser os mais eficazes. Estes ocupam cargos não fragmentados, o que sugere que a natureza do cargo pode fornecer um estímulo para estabelecer agendas explícitas (ESCRIVÃO FILHO, 1995).

c) John Kotter

Kotter (1999) defendeu que o padrão de comportamento dos executivos seria consequência do modo como eles abordam seus cargos, variando o comportamento, assim, segundo a natureza do cargo e a pessoa envolvida.

Ele realizou uma pesquisa envolvendo 15 executivos bem sucedidos de nove empresas americanas, em diferentes segmentos da economia. Os dados foram coletados através de entrevistas, observação, questionário e documentos. O desempenho dos gerentes foi medido por índices *hard* (receita e lucro) e *soft* (opinião do pessoal).

Kotter constatou que os gerentes têm uma jornada de trabalho prolongada e gastam a maior parte do tempo com outras pessoas, em contatos que muitas vezes não dizem respeito diretamente à

organização. Essa constatação levou o autor a identificar dois desafios para o cargo: a diversidade e o volume das informações mobilizadas pelos gerentes e a dependência de um grande número de pessoas, em diferentes níveis da organização, e sobre as quais eles têm pouco controle.

O autor sugere que os gerentes eficazes enfrentam esses desafios através da organização de uma agenda de trabalho, de uma boa rede de contatos e da capacidade de implementação dessa agenda (KOTTER, 1999).

A agenda representa as prioridades, metas e estratégias do gerente, normalmente de ordem tácita, construídas a partir de planos sistematizados das organizações, dos contatos informais e de trabalho, e das impressões pessoais acerca dos negócios. Nela estão contidas as responsabilidades de curto, médio e longo prazos, e que se direcionam a assuntos variados, desde questões financeiras, de produto, de mercado, até questões organizacionais (KOTTER, 1999).

Para Kotter, os gerentes eficazes tendem a procurar informações mais agressivamente, fazem melhores questionamentos e correlacionam melhor diferentes projetos, para alcançar múltiplos objetivos de uma só vez (KOTTER, 1999).

A construção de uma boa rede de contatos é fundamental para os gerentes. O tipo e a intensidade das relações construídas variam bastante, podendo ser mais ou menos fortes e até envolver questões pessoais. Geralmente envolve tanto superiores como subordinados, assim como pares e até pessoas de fora das organizações. Em geral, executivos mais eficientes são mais hábeis em estabelecer contatos com pessoas talentosas e ligações fortes com os subordinados, de modo a identificar bem os problemas, definir boas estratégias e garantir a sua implementação (KOTTER, 2007).

Para a implementação das agendas, os gerentes utilizam-se fortemente da rede de contatos, das informações obtidas e da sua capacidade de influir diretamente no processo, como na distribuição dos recursos orçamentários. Além disso, realizam reuniões direcionadas, oferecem recompensas, elogiam, encorajam e estimulam diretamente os subordinados (KOTTER, 1999).

Segundo Kotter (1999), os gerentes novatos têm maior dificuldade de mostrar seu desempenho porque gastam mais tempo para elaborar sua agenda de trabalho (de seis meses a um ano), pois conhecem pouco os negócios e necessitam fazer mais contatos. Após esse período, eles comprometem menos tempo com a agenda, pois precisam apenas atualizá-la. Ao mesmo tempo, eles têm mais dificuldade no estabelecimento

de uma rede de contatos, pois, muitas vezes, não conhecem as pessoas, ou ainda não conseguem identificar os melhores contatos, comprometendo, dessa maneira, a implementação das suas metas.

Os trabalhos de Kotter sobre a organização da agenda e da rede de relacionamentos aparecem citados na maioria das pesquisas sobre o trabalho gerencial da atualidade e também se constituirão em referenciais nesta pesquisa.

2.2.2.3 Especificidades no trabalho gerencial

As pesquisas sobre a natureza do trabalho gerencial têm buscado compreender suas especificidades nos diferentes setores da economia, em relação ao tamanho das organizações, à sua nacionalidade e cultura, dentre outras. De fato, o exercício da gerência pode variar em função de uma série de fatores como a cultura institucional, o nível hierárquico, as características pessoais dos gerentes, entre outras, como já foi demonstrado em várias pesquisas (MINTZBERG, 1973; STEWART, 1982; KOTTER, 1999).

Nesse sentido, Barbosa (1999) afirma que o perfil do executivo eficaz, ora discutido, já não responde às mudanças experimentadas pela sociedade atualmente, num mundo caracterizado pelas incertezas:

É um mundo que se caracteriza pela incerteza, pela compreensão do caráter probabilístico dos sistemas sociais, pelo entendimento dos fenômenos como algo sem fronteiras claramente definidas. [...] É um mundo marcado pela admissão da contradição e da diversidade como constitutivas da vida social, pela dúvida acerca do pensamento lógico dedutivo como forma de explicação do mundo (BARBOSA, 1999).

Têm, portanto, conteúdos culturais e, quando vão ser aplicados no âmbito das organizações brasileiras ou de qualquer outro país, não ocorrem em um vácuo cultural. Categorias e perfis se sobrepõem a universos sociais baseados em outras lógicas e em outros valores. Portanto, na maior parte das vezes as dificuldades e os “fracassos” não se devem a uma incapacidade “nativa”, nem ao subdesenvolvimento, mas às diferentes definições da realidade.

Essas observações não significam um discurso contra a importação de tecnologias gerenciais, nem uma afirmação de que tudo tem que ser localmente produzido. É um apelo em favor da compreensão da nova natureza da função gerencial. Não cabem mais as receitas prontas e fórmulas mágicas. Cada uma dessas novas categorias e tecnologias gerenciais precisa ser entendida não apenas no seu conteúdo semântico, mas cultural. Precisa ser contextualizada, para que as contradições possam ser entendidas e superadas (BARBOSA, 1999, p. 2).

Em concordância com essa perspectiva, há uma tendência, nas pesquisas atuais, de buscar compreender o significado da gerência em diferentes ramos da economia, países ou organizações, procurando identificar suas especificidades gerenciais.

Rodney Evans (1999) realizou um estudo fenomenológico com sete gerentes de escolas secundárias, procurando compreender o significado de ser diretor escolar, e as suas especificidades. Em seu estudo, concluiu que um administrador geral não estaria, a princípio, preparado para gerenciar uma escola. Existem peculiaridades na área da educação para as quais ele não estaria preparado. Ser gerente educacional requeria algo mais do que era ensinado em administração. O pesquisador concluiu que o tato no relacionamento com as pessoas (senso de humor, criar atmosfera favorável ao aprendizado, ser aberto) e a capacidade de estabelecer uma relação pedagógica em todo o processo de gerenciamento são conteúdos singulares e críticos na área de educação. Além disso, para ser um gerente escolar, é necessário estar engajado no processo educacional de rever os próprios valores continuamente, de se expor e de estar predisposto ao aprendizado. Esses conteúdos são fundamentais para o exercício gerencial na área da educação (EVANS, 1999).

Edmundo Escrivão Filho (1995) estudou três empresas brasileiras de médio porte localizadas em Joinville (SC), para compreender as características fundamentais do trabalho do executivo, e concluiu que as definições clássicas dos papéis gerenciais discutidas na literatura não correspondem à realidade de trabalho daquelas empresas. Há especificidades que precisam ser consideradas, como a cultura brasileira, o tamanho das empresas, entre outras.

[...] a pessoalidade, informalidade e brasilidade são temas importantes para compreender a gestão

na média empresa que temas organizacionais (tecnologia, comportamento, estrutura, decisão e estratégia) precisam ser redefinidos para o contexto do pequeno sistema social brasileiro. A média empresa tem uma lógica própria de funcionamento, ela não é uma “pequena megaempresa” (ESCRIVÃO FILHO, 1995, p. 166).

Na área da saúde, de acordo com a revisão de literatura utilizada, a grande maioria dos trabalhos possui uma abordagem processual e prescritiva e é voltada para a gestão de unidades hospitalares, de programas de saúde, de protocolos de tratamento, de equipes técnicas e de casos clínicos.

2.2.2.4 O gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs)

O gerenciamento das UBSs vem progressivamente deixando de ser relacionado com a organização e o controle dos processos de produção internos à unidade, para ser considerado um instrumento estratégico de efetivação de políticas públicas de saúde no Brasil (PASSOS; CIO-SAK, 2006; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

O gerente de uma UBS é responsável por uma equipe multiprofissional que precisa atuar sobre os problemas e demandas de saúde de uma comunidade de referência, considerando os diferentes determinantes do processo saúde e doenças (ambientais, sociais, biológicos e psicológicos). Isso implica em atividades interinstitucionais, alta capacidade de adequação às necessidades e flexibilidade.

No entanto, sua perspectiva estratégica fica reduzida, na medida em que as pesquisas demonstram que os modelos de gerenciamento local são predominantemente considerados clássicos, autocráticos, centralizados e com pouca participação da equipe na organização do processo de trabalho nas UBSs (FRACOLLI; EGRY, 2001, p. 16).

Bárbara Raupp (2006, p. 15), estudando a cultura organizacional em Unidades de APS, identificou que o trabalho nessas unidades é altamente complexo e seus gerentes têm perfil que pode ser classificado como sendo de alto nível. Eles precisam:

- ter uma visão do todo, da organização, do SUS e da realidade do país;
- fazer mediação entre a política da organização e as equipes;

- participar na definição das políticas e dos rumos da organização;
- coordenar a construção de um projeto de trabalho para sua unidade, tendo como norte a realidade do território, da unidade e da equipe;
- ser facilitadores do trabalho em equipe, promovendo a participação e contribuição de todos e estimulando a criatividade de cada um;
- promover e coordenar formas de trabalho interdisciplinar, buscando superar a fragmentação do trabalho;
- ajudar a equipe a superar dificuldades de relacionamento;
- promover e estimular o diálogo na equipe e a participação da comunidade na gestão da unidade;
- ter capacidade técnica gerencial, ser flexível, mas saber “manter o rumo”; e
- estar abertos para aprender e serem criativos.

Esse perfil profissional, embora pouco disponível no mercado, é perfeitamente compreensível, tendo em vista a complexidade do trabalho em uma APS. Além disso, pesquisas recentes demonstram que, ao contrário do que se imaginava, o trabalho gerencial numa UBS é também fragmentado, agitado e com pouco tempo para o planejamento.

Foi o que constatou Cubas (2005), em uma pesquisa qualitativa sobre o gerenciamento de UBSs. Segundo ela, a agenda do gerente era lotada de problemas emergenciais, não sobrando tempo para o planejamento; havia sobrecarga de demandas dos níveis mais centrais das secretarias, muitas vezes antagônicas e que até confrontavam o planejamento e as prioridades locais, além de pouca autonomia gerencial.

Eu tenho desistido do planejamento... somos atropelados por uma série de coisas pra fazer, uso o meu tempo apagando incêndios, gerenciando problemas e isso complica a vida da gente... [...]

O excesso de demanda que vem da secretaria é limitante... Não que o meu planejamento esteja fora daquilo que é solicitado, mas os tempos são diferentes... Será que vale a pena centrar meus esforços em fazer o que vem da secretaria e deixar de lado o meu planejamento local? (CUBAS, 2005, p. 281).

Corroborando essas observações, o estudo de Barbieri e Hortale (2005), sobre gerenciamento dos serviços municipais de saúde, constatou perda da capacidade de planejamento na medida em que decresce o nível gerencial na administração de serviços municipais de saúde, tendo os gerentes pouca participação no planejamento das próprias unidades. Elas identificaram problemas de fluxo; sobreposições de funções e pouca articulação entre os diferentes níveis gerenciais; pouca utilização das informações e da avaliação de qualidade (que também decresciam em relação ao nível gerencial); além de desresponsabilização ou responsabilização difusa. O gerenciamento, a formação e a supervisão dos recursos humanos foram apontados como fatores críticos para a implantação do modelo assistencial pretendido no país (BARBIERI; HORTALE, 2005).

As dificuldades do gerenciamento das UBSs e as singularidades do trabalho na APS e da comunidade onde se inserem tornam cada unidade um caso único, cuja generalização pode ser problemática. Há que se buscar, no entanto, modelos de referência flexíveis, que visem facilitar o trabalho local, melhorar a satisfação dos profissionais, os seus resultados e a sua efetividade. Essa área de atuação configura um campo de investigação e ordenamento ainda pouco investigado, porém de relevância inquestionável.

2.3 Aprendizagem gerencial

Esta seção será dedicada às diferentes abordagens sobre a aprendizagem gerencial e às condições institucionais envolvidas, e ao processo de mudança de consciência observado no processo de mudança das atividades de contribuidor individual para gerente.

2.3.1 O aprendizado gerencial

O trabalho dos gerentes é caracterizado como fragmentado, reativo e com predomínio da comunicação oral. Estresse, pressão e capacidade de aprendizado contínuo marcam o exercício da gerência. Num ambiente cada vez mais turbulento, os gerentes precisam de percepção estratégica e de capacidade de implantar mudanças rápidas para, as organizações sobreviverem. O perfil desses profissionais é altamente diferenciado e não está facilmente disponível no mercado. As organizações começam a se preocupar com esse problema e a fomentar diferentes estratégias para o desenvolvimento desses profissionais. Mas, para tanto,

é necessário conhecer como e em que circunstâncias os gerentes aprendem.

2.3.1.1 Tornar-se gerente: um processo de mudança de identidade. O estudo de Linda Hill (1993)

Linda Hill (1993) realizou um estudo descritivo, no qual acompanhou o primeiro ano de 19 novos gerentes de primeira linha, todos da área de vendas e de comercialização (uma firma de seguros e uma companhia de computadores), sendo quatorze homens e cinco mulheres. Seu objetivo foi conhecer o processo de aprendizagem de novos gerentes, os desafios enfrentados e os recursos individuais e organizacionais nos quais se apoiaram. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e observações desestruturadas. Foram entrevistados os novos gerentes, seus superiores imediatos, seus subordinados e os seus colegas.

A pesquisadora percebeu que, inicialmente, a promoção para gerente é vista como uma recompensa pelo bom desempenho do funcionário ou como forma de infundir novo talento na hierarquia organizacional. Porém, o processo de passagem de contribuidor individual para gerente é acompanhado de muito sofrimento, em função de uma rotina estafante e dos enormes desafios enfrentados tanto do ponto de vista profissional, como do pessoal, principalmente na primeira experiência como gerente. “[...] a odisséia de colaborador individual para gerente é muitas vezes difícil, cheia de histórias de horror sobre carreiras promissoras que murcharam no percurso” (HILL, 1993, p. 2).

O novo gerente ainda está impregnado de experiências como produtor individual e especialista. Ele conhecia profundamente as tarefas a serem realizadas e o desempenho dependia principalmente dele. Como gerente, o seu desempenho passa a depender dos outros, de um “time”, do qual o novo gerente já não faz mais parte.

Antes da sua promoção a gerente, cada um dos participantes era um colaborador individual, ou, de outra forma, conhecido como um especialista, um produtor ou um profissional. Sua responsabilidade era a de realizar tarefas técnicas específicas; sua colaboração para com a organização era *individual*, dependendo acima de tudo de sua competência, experiência e energia. Ao contrário, um gerente está formalmente encarregado da organização ou de uma de suas subunidades. Entre

as suas mais importantes responsabilidades está aquela de supervisionar os outros, em detrimento da realização direta de trabalhos técnicos. Não raro, a distinção entre colaborador individual e gerente de primeira linha desaparece, considerando que muitas vezes os gerentes de primeira linha executam trabalhos técnicos. É a autoridade formal sobre os outros e os direitos e deveres de assessor que diferenciam o gerente do colaborador individual (HILL, 1993, p. 3).

Para a autora, tornar-se gerente é mais do que possuir um conjunto de competências e formar relacionamentos. É um processo evolutivo, no qual os novos gerentes vão abandonando, relutantemente, atitudes e hábitos e experimentam novas maneiras de pensar e de ser. Há uma adaptação psicológica e um amadurecimento, decorrente do fato de tomarem decisões. Nesse processo, acontece uma profunda transformação, uma verdadeira mudança de identidade, cujas variáveis estão sintetizadas no quadro a seguir (HILL, 1993):

DE	PARA
Um especialista e executante. Realiza diretamente tarefas específicas. Fortemente identificado com aquelas tarefas.	Genérico e definidor da agenda. Orquestra diferentes tarefas, incluindo finanças, projeto de produtos e fabricação ou organização. Fortemente identificado com um negócio ou com a profissão de gerenciamento.
Um agente individual. Consegue fazer as coisas principalmente por seu próprio esforço. Fortemente identificado como relativamente independente.	Um elaborador de redes de trabalho. Consegue fazer as coisas por meio dos outros, incluindo subordinados, sobre os quais exerce uma autoridade formal. Identificado como altamente independente.

Quadro 1 - Transformação da identidade. Fonte: Hill (1993, p. 6).

Para a autora, os novos gerentes precisam se desenvolver de quatro maneiras:

- a) aprender o que significa ser um gerente;
- b) desenvolver julgamentos interpessoais;

- c) adquirir autoconhecimento; e
- d) saber lidar com as tensões e as emoções.

a) O significado de ser gerente

Na sua pesquisa, Hill (1993) observou que, inicialmente, os novos gerentes foram relutantes em abandonar as atividades de contribuidores individuais para assumir a função de liderança. Eles tendiam a priorizar problemas técnicos, de curto prazo, negligenciando a estratégia da empresa. Mas, aos poucos, eles percebiam que precisavam implantar as estratégias da organização, conciliar os interesses dos clientes, dos chefes e dos colegas, e observavam que havia diferenças entre os seus objetivos e os de seus subordinados. Além disso, para contribuir com os objetivos da companhia, eles tinham de exercer sua influência sobre toda a unidade e, para executar as metas, seus subordinados deveriam estar motivados e bem capacitados (HILL, 1993).

A maioria dos gerentes do estudo adotou um estilo autocrático de gerenciamento, mas, em pouco tempo, descobriu que não conseguia obrigar os subordinados a satisfazer seus pedidos e que precisaria conquistar credibilidade, capacidade de motivar, de conduzir e de liderar o grupo, para obter desempenho.

Segundo Hill (1993), os novos gerentes só começaram a compreender o significado de ser gerente quando entenderam que o seu trabalho era complexo, exigente e tenso; que eram os responsáveis pela unidade; e que, para obterem êxito, precisavam aprender a administrar seu tempo, a construir uma agenda de prioridades e a formar uma rede de relacionamentos.

b) Os julgamentos interpessoais

Em seu estudo, Hill (1993) constatou que os novos gerentes só conseguiram conviver com os julgamentos interpessoais quando adquiriram autoconfiança. Inicialmente, eles se sentiram inseguros, pois perceberam que eram constantemente avaliados pelos seus subordinados, mas, quando abandonaram o mito de que o gerente devia ser um perito e sentiram mais confiança em si mesmos, conseguiram desenvolver seus relacionamentos. Da mesma forma como aprenderam a serem avaliados pelos superiores e pelos subordinados, eles também aprenderam a avaliar seus funcionários e a se posicionar como gerentes (HILL, 1993). No entanto, essa autoconfiança começou a diminuir, ao longo do tempo, como diz o texto abaixo:

No final do ano, todos os gerentes haviam punido ou castigado um subordinado; a maioria teve de rebaixar ou despedir um empregado. Descobriram como era muito mais difícil ser decidido em relação ao gerenciamento de pessoas do que sobre decisões técnicas; não se sentiam tão confiantes quanto nas primeiras decisões (HILL, 1993, p. 124).

Para melhorar o desempenho da unidade, eles precisaram aprender a fazer as coisas através dos outros e, para isso, descobriram que precisavam ser verdadeiros entusiastas da comunicação, tanto para estabelecer contatos, como para motivar e definir objetivos. Mais seguros, eles aprenderam a aceitar a diversidade de opiniões e, finalmente, a delegar.

c) O autoconhecimento

Envaidecidos pela promoção, pela perspectiva do poder e pela autonomia, os novos gerentes não imaginavam o quanto a nova posição iria lhes exigir, do ponto de vista profissional e pessoal.

Hill (1993) constatou que os novos gerentes tiveram que administrar muitas perdas devido à sua nova posição. Além do reconhecimento pessoal e público de suas realizações (antes, eles eram os “astros” da produção), os novos gerentes perderam a autonomia e o controle sobre o seu trabalho, que tanto prezavam quando eram contribuidores individuais. Aos poucos, foram-se afastando das atividades técnicas, sentiram-se desatualizados e precisaram sacrificar a competência técnica, em prol da competência gerencial.

Para se tornarem gerentes, além de adquirir novas habilidades, eles tiveram um grande aprendizado pessoal de novas atitudes, novos comportamentos, novas visões de mundo. A necessidade de se reposicionarem como profissionais, de enfrentarem novos desafios, de construírem redes, de motivarem, avaliarem, serem avaliados, e de decidirem, fez com que os novos gerentes evoluíssem:

Como vimos, o modo como eles sentiram os acontecimentos afetou a sua maneira de pensar e de se comportar no trabalho. Tiveram de aprender a suportar a traumática mudança mental a que eram submetidos e os estresses inerentes à função gerencial. Crescem as evidências de que a

flexibilidade dos gerentes diante da demanda e das adversidades organizacionais pode ter a mesma importância para o sucesso de sua carreira do que as suas realizações (HILL, 1993, p. 134).

Além de toda essa transformação pessoal, eles passaram por uma crise de identidade de grupo, quando perceberam que faziam parte de um novo e seletivo grupo, o de gerentes. Já não pertenciam mais ao grupo dos subordinados e precisavam, agora, agir como gerentes. Em muitos momentos, sentiram-se perdidos, sem um grupo de referência com o qual pudessem identificar-se ou compartilhar seus valores:

Os gerentes não somente lutavam contra a ansiedade por seu desempenho, mas também se engalfinhavam, segundo a sua percepção, com a submissão a uma mudança de identidade. Eles relataram sensações de marginalidade, de não ser nem um nem outro. Eles descobriram que “mudar de” era tão traumático como “mudar para” (HILL, 1993, p. 160).

As transformações por que passaram os novos gerentes se constituíram em uma verdadeira mudança de identidade. Eles mudaram suas maneiras de pensar, sentir e agir, e passaram a se comportar como gerentes.

d) Conviver com as tensões e emoções

Desde os primeiros meses na nova função, os gerentes aprenderam que ela era permeada de tensões e pressões, tanto de ordem pessoal, como profissional. Para conviver com as tensões e emoções, os gerentes estudados por Hill (1993) utilizaram-se principalmente de três recursos: o histórico da carreira (experiência como colaboradores individuais), a rede de relacionamento e o treinamento formal.

A experiência anterior, de colaboradores individuais na organização, forneceu a esses gerentes uma concepção prévia sobre os negócios e a organização. A perícia técnica, já adquirida, foi importante para resolver a variedade de problemas técnicos junto com a equipe; para desenvolver autoconfiança e credibilidade; e para acumular fontes adicionais de poder e de influência (HILL, 1993).

A rede de relacionamentos constituiu-se em importante fonte de ensinamentos para os novos gerentes, pois permitiu a observação e a

interação com os seus cooperadores, os chefes anteriores e atuais, e pessoas associadas (colegas e gerentes de outros setores da companhia). A partir dessas convivências, os gerentes adquiriram não somente competências, mas também valores, atitudes e suporte instrumental e psicossocial.

Na nova experiência, sua relação com os chefes era contraditória. Enquanto os chefes anteriores funcionavam como modelos, o contato com os chefes atuais era permeado pelo receio da avaliação, de um lado, e, do outro, pela necessidade de repassarem as observações da companhia, e não as orientações pessoais. O “lado pessoal” do gerenciamento coube aos colegas de mesmo nível (confidências, troca de ideias, avaliação de desempenho, suporte emocional, entre outras) (HILL, 1993).

Com relação ao treinamento formal, a observação geral foi que o aprendizado gerencial se dava principalmente a partir das experiências no trabalho. Apesar disso, a maioria sentiu que o treinamento formal tinha desempenhado um papel importante, embora limitado, em seu desenvolvimento (em torno de 15% do aprendizado). Além disso, contribuiu fortemente para melhorar a rede de relacionamentos:

Conforme os gerentes relataram, o treinamento formal preencheu cinco funções críticas: 1) aproximou-os da política da companhia e de seus procedimentos e recursos; 2) providenciou percepções valiosas da cultura da companhia; 3) constituiu-se num foro no qual eles poderiam receber uma avaliação mais sistemática e objetiva; 4) facilitou os relacionamentos de desenvolvimento com colegas e às vezes com superiores; e 5) estabeleceu um ritual de passagem (HILL, 1993, p. 199).

Finalizando, Hill (1993) sintetiza assim o processo de transformação vivido pelos gerentes acompanhados em seu estudo:

Tornar-se gerente exigiu uma profunda adaptação psicológica – uma *transformação*. Algumas transições são mudanças que conservam o indivíduo num curso de carreira fixo, algo como os pequenos ajustes que um piloto faz para manter o avião em um curso. Outras – como a promoção para a gerência – são pontos de rotação que desviam todo o equilíbrio e a direção da carreira de uma pessoa, também algo como o piloto que muda o plano de voo para um novo destino. Os

novos gerentes precisaram aprender a pensar, sentir e avaliar como gerentes, em lugar de contribuidores individuais. [...]

Tornar-se gerentes foi, em larga escala, um processo de aprender a partir da experiência. Os novos gerentes somente poderiam dominar o seu novo papel através da ação e não da contemplação. Eles aprenderam enfrentando problemas reais e consequências reais. Consequentemente, a transformação era interativa, demorada e difícil, tanto intelectualmente como emocionalmente (HILL, 1993, p. 209-210).

A pesquisa da autora tem contribuído para uma revisão dos métodos de desenvolvimento e de capacitação de gerentes, tanto nos ambientes de trabalho, como nas academias.

2.3.1.2 As comunidades de prática

A constatação de que os gerentes aprendem principalmente através da experiência prática e de que eles experimentam uma mudança de grupo de referência (do grupo de contribuidores individuais ao de gerentes), caracteriza uma mudança de comunidade para esses gerentes e traz à tona a discussão de aprendizagem organizacional relacionada à possibilidade do aprendizado através da prática e do trabalho diário.

Para Gherardi et al. (1998), o aprendizado gerencial é entendido como o desenvolvimento de uma nova identidade, baseada na participação em um sistema de práticas contextualizadas (ou situadas), e ocorre nas organizações por duas razões: o aprendizado não se dá apenas em alguns momentos da vida, mas principalmente nas atividades diárias e na busca de solução de problemas; o aprendizado não se dá de forma individual, mas pela participação numa complexa rede de relações entre pessoas e atividades, sendo sempre uma realização prática.

Aprender é uma atividade e modalidade relacional que expressa a conexão entre sujeitos, e o seu existir no mundo, em relação a outros sujeitos, o conhecimento abstrato é epistêmico. [...] A aprendizagem social é uma realização criativa, que envolve um grau de investimento pessoal e somente pode ser encontrado pela participação ativa. [...] Participar é uma prática e, consequentemente, um caminho para adquirir

conhecimento na ação, mas também, para mudar ou perpetuar tal conhecimento para produzir e reproduzir a sociedade (GHERARDI et al., 1998, p. 4).

O processo pelo qual um novato adquire conhecimento e apreende rotinas, conceitos e valores, tornando-se um membro de uma comunidade, é relacionado a dois conceitos: comunidade de prática e participação periférica legítima:

A **comunidade de prática** tem sido conceituada como uma agregação informal definida não somente pelos seus membros, mas também pela maneira partilhada pela qual eles fazem coisas e interpretam eventos (GHERARDI et al., 1998, p. 5, grifo do autor).

[...] **participação periférica legítima** é um modo específico de engajamento pelo qual os novos membros de comunidade se socializam e aprendem, tanto quanto a comunidade se autoperpetua (GHERARDI et al., 1998, p. 7, grifo do autor).

Em uma organização podem existir diferentes comunidades de prática. São as comunidades que sustentam os costumes e os princípios que geram e organizam as práticas e representações, sem que isso signifique uma busca consciente de objetivos ou controle dos processos necessários para atingi-los. Nas comunidades, o conhecimento explícito é transformado em conhecimento tácito, não explícito, e envolve valores, conceitos, símbolos, que passam de uma geração para outra. O engajamento nas comunidades é fundamental para a geração do conhecimento organizacional e o aprendizado. A participação dos novatos envolve uma jornada através da qual eles passam por diferentes níveis de aprendizado, em conexão com a jornada de trabalho. Nesse processo, a dominação da linguagem organizacional é um elemento fundamental. A linguagem é a expressão da cultura, da inter-relação entre indivíduos, e de um conjunto de conhecimentos (GHERARDI et al., 1998).

O caminho pelo qual o novato é submetido para participar de uma comunidade de prática é conhecido como *currículo* situado, e é específico de cada organização. O *currículo* situado é resultante das práticas internas de trabalho, das interações sociais e das relações de poder. “[...] **currículo situado** denota o padrão de oportunidades de aprendizado

disponíveis aos novatos em seu encontro com uma comunidade específica, dentro de uma organização específica” (GHERARDI et al., 1998, p. 7).

Há um processo de influência mútua, onde tanto as comunidades são afetadas pelos novatos, como estes o são por ela, e, da mesma forma, o conhecimento e a cultura organizacional influenciam os novatos e são influenciados por eles. Para os autores, a implantação de meios que viabilizem a integração dos novatos nas comunidades tende a favorecer tanto o seu rendimento, como a produção e a renovação do conhecimento organizacional (GHERARDI et al., 1998). Esse pensamento é compartilhado por Nonaka e Takeuchi (1997), que defendem a implantação de ações para facilitar a transformação do conhecimento tácito existente nas comunidades de práticas, em explícito, fundamental para a criação de novos projetos e inovação das organizações.

Acrescentando aspectos de sociologia e antropologia aos processos de aprendizado social e prático, Fox (1999) defende que qualquer sistema complexo de trabalho e aprendizado tem raízes e interdependências com sua história, tecnologia, atividades de trabalho, carreiras e as relações entre os iniciantes e os mais velhos. O autor observa cinco elementos-chave do aprendizado situado:

- as pessoas que realizam alguma prática pertencem a uma comunidade de prática, mesmo sem ter conhecimento disso;
- a prática (de trabalho), que se organiza em ciclos de início, meio e fim;
- a comunidade de prática, que se reproduz por longo tempo, onde iniciantes têm uma participação periférica, até a legitimação final e a inclusão nos grupos;
- cada comunidade de prática com relações de poder assimétricas entre os mais antigos e os iniciantes; e
- as comunidades de prática são interdependentes.

Há evidências de que os executivos não identificam claramente o conteúdo do conhecimento gerado a partir da prática, que a produção do conhecimento é pouco conhecida na organização e que as comunidades de práticas são geralmente veladas e guardadas (RICHTER, 1999).

2.3.1.3 Os cursos e as capacitações

Partindo da percepção de que o aprendizado se dá a partir da prática, os autores a seguir abordados, embora reconheçam a

importância do aprendizado escolar, principalmente em relação às habilidades analíticas, têm uma visão crítica muito semelhante em relação aos treinamentos formais.

O aprendizado nas escolas é visto como voltado para o desenvolvimento de habilidades e características do líder, com conteúdos que incluem a educação e o desenvolvimento gerencial. Nos cursos, aprende-se a escrever, a falar, adquire-se habilidade analítica etc, mas não se aprende a persuadir, motivar ou fazer com que os outros se comprometam com o trabalho (CLARK; CLARK, 1996).

Para Gherardi et al. (1998), o aprendizado tradicional, que ocorre de forma linear – da fonte de conhecimento ao aprendiz –, é reducionista e pouco abrangente, por duas razões: 1) o aprendizado não se dá apenas em alguns momentos da vida, mas, principalmente, nas atividades diárias e na busca de solução de problemas; 2) o aprendizado não se dá de forma individual, mas pela participação na complexa rede de relações entre pessoas e atividades, sendo sempre uma realização prática.

Embora a escola ofereça vasto conteúdo, as referências desse período são poucas e geralmente relacionadas a pessoas-chave, como um determinado professor e colegas, ou a experiências voltadas para a prática. No entanto, os executivos egressos de academias tendem a ter um ganho de tempo para apresentarem bom desempenho e progressão na carreira, em relação aos que não frequentaram a academia (CLARK; CLARK, 1996).

Essas evidências têm levado a uma reformulação nos cursos de formação gerencial, na tentativa de equilibrar o aprendizado teórico e prático, através de estratégias de reflexão e resolução de problemas de ordem prática, e estratégias usadas, inclusive, para identificar as visões de mundo e reações das pessoas. Diferentes pessoas podem aprender diferentes conteúdos através de uma mesma experiência (CLARK; CLARK, 1996).

Fox (1999, p. 30-35) faz críticas contundentes a esse modelo, afirmando que a escola não produz praticantes de alguma prática, mas, principalmente, pessoas hábeis em “falar sobre” a prática, que sabem “o quê” sem saber o “como”; que as escolas separam professores e estudantes da prática; que o ensino e a aprendizagem em instituições são mediadas mais pelo discurso do que pela observação (há uma comunidade de “discursantes”). Essas críticas não caracterizam, no entanto, uma “anti-escola”, mas procuram valorizar o aprendizado da prática. O autor salienta, no entanto, a importância do estudo teórico na formação do conhecimento, como complementar ao aprendizado prático. O aprendizado situado se caracteriza pela construção coletiva do conhecimento.

Mintzberg (2006), ao discutir o processo de aprendizagem, faz sérias críticas aos cursos de MBA. O autor critica o processo de seleção dos alunos (muitos dos quais sem experiência); o conteúdo (voltado principalmente para o desenvolvimento de habilidades); e a metodologia (que não considera, ou considera pouco, os casos reais). O autor considera que a maioria dos papéis gerenciais envolve habilidades interpessoais como motivação, comunicação, linguagem e tato, e que estas habilidades não são desenvolvidas nos treinamentos comuns, e sugere um modelo de formação que envolva a reflexão sobre a experiência e sobre o indivíduo. Propõe, ainda, um modelo de formação voltado para o desenvolvimento de cinco disposições mentais: do autoconhecimento, para estimular a disposição mental reflexiva; da visão de mundo, para melhorar a análise de contexto; da capacidade de estabelecer relacionamentos e colaboração; da capacidade analítica das organizações; e de uma disposição mental voltada para a mudança (MINTZBERG, 2006).

Embora as pesquisas apontem para a importância do aprendizado a partir da prática, o aprendizado formal ainda possui papel importante para o desempenho dos gerentes. Adaptações de metodologia, através de estudos de caso, e alternativas que estimulem a reflexão para a prática, poderão contribuir para um melhor alinhamento dos cursos acadêmicos com as necessidades de prática.

2.3.2 A experiência vivida

As pesquisas apresentadas demonstram a importância do aprendizado gerencial a partir da experiência prática vivida pelos gerentes no enfrentamento diário de problemas.

Uma experiência decorre da relação entre os homens e entre eles e a natureza. Envolve o conhecimento implícito, a intuição, os pensamento e sentimentos e as sensações corporais, ou seja, a totalidade de uma pessoa (CUNHA, 2003). As vivências resultam da intencionalidade do sujeito em relação a um objeto. Assim, uma experiência vivida é a experientiação intencional ainda pré-reflexiva de alguma coisa ou fenômeno. “A experiência vivida é a respiração do significado” (VAN MANEN, 1990, p. 59).

O conhecimento decorrente de uma experiência vivida é resultado da capacidade de explicação e de solução de problemas decorrentes da vida, ultrapassando a simples constatação do “dado” vivido. “[...] O significado é o modo como a pessoa compreende, interpreta, atribui valor aos fatos que vivencia em seu cotidiano” (CUNHA, 2003, p. 54).

O aprendizado decorre da capacidade de refletir sobre uma experiência, de relacionar experiências presentes e passadas, de revisar o conjunto de valores e visões pré-estabelecidos e de organizar uma nova estrutura conceitual de referência, que dê conta da realidade atual e que mobiliza para a ação.

2.3.2.1 As experiências e os traumas

Boa parte da literatura sobre aprendizagem gerencial apresenta estudos de experiências que obtiveram bons resultados, na perspectiva de poder transformá-las em metodologia de capacitação.

McCauley (1986) realizou amplo levantamento bibliográfico nesse sentido e observou que os temas mais emergentes das pesquisas do CCL (*Center for Creative Leadership*) foram as atribuições, as outras pessoas, as tensões e os treinamentos:

- As atribuições no trabalho, principalmente os desafios, têm sido apontadas nos estudos como as mais importantes para o desenvolvimento de habilidades e competências gerenciais, como a tomada de decisão, a solução de problemas, a comunicação, a delegação, a empatia, a solução de conflitos e o conhecimento dos negócios.
- As pessoas (chefes, mentores, pares e outras) são particularmente importantes para o aprendizado gerencial, pois servem de modelo, suporte ou reforço de conhecimento.
- As adversidades, como demissões, falhas nos negócios e problemas com subordinados têm sido focalizadas mais pelos seus efeitos estressantes e negativos do que pela perspectiva de aprendizado, embora possam levar a reflexões e grande aprendizado sobre si mesmo e sobre a relação com outras pessoas.
- Os treinamentos, geralmente direcionados à aquisição de habilidades técnicas e informações, têm pouco reflexo no desenvolvimento do trabalho, a não ser quando se relacionarem diretamente com os problemas identificados no dia a dia. O aprendizado formal/escolar, embora tenha ajudado no desempenho, não tem tanta importância para o gerenciamento como o conseguido através da prática diária e das inter-relações na organização.

Além da experiência como gerentes, experiências da vida pessoal podem contribuir para o desenvolvimento de pessoas e produzir algumas das qualidades de liderança. Estudos das primeiras experiências de vida

de líderes revelam aspectos de liderança em sua conduta. Comumente pode-se identificar a influência de algumas pessoas como os pais, professores ou amigos, sedimentando determinados valores que influenciarão na trajetória de vida dessas pessoas. Valores e crenças transmitidos de geração em geração podem sofrer alterações diante de dificuldades de se situar diante de determinados fatos da vida e dificuldades de socialização. A ausência de pessoas que foram inicialmente importantes ou a dificuldade de compreender o dia a dia através de valores antigos fazem com que novos grupos e pessoas venham a influir mais diretamente no desenvolvimento de novos valores. As primeiras provas de liderança aparecem cedo, nas brincadeiras de criança, na escolha de grupos ou times, as quais podem levar à exclusão de algumas pessoas, causando-lhes ressentimentos importantes. Lidar com isso pode ser tranquilo ou confuso. Essas situações podem acontecer frequentemente, no exercício da liderança (CLARK; CLARK, 1996).

Traumas pessoais como crises familiares, divórcio, morte, acidentes e outros eventos, condicionados ou não pela priorização do trabalho profissional, podem ter um desfecho mais tranquilo ou extremamente traumatizante. Esses eventos podem influir no comportamento atual, expressando-se como medo, cinismo, posicionamento defensivo, agressividade etc. (MACCALL et al., 1988).

Dinorá Meinicke (2003) realizou um estudo fenomenológico para saber como os executivos vivenciavam o medo no desempenho de suas funções. Diferentes manifestações do medo foram identificadas: medo da rejeição, de errar, da incompetência, de ter a imagem prejudicada. Essa sensação foi vivida de forma muito particular por diferentes gerentes, tendo provocado sintomas tanto físicos como mentais (fadiga, ansiedade, taquicardia, sudorese etc.). Para ela, a mobilização para a superação do problema é fundamental para o desenvolvimento da pessoa e na sua profissão.

Da mesma forma, as interrupções na carreira, motivadas por transferências, perda de promoções, decepções com a política interna e outras situações, têm ocasionado aprendizado sobre si mesmo, como identificar melhor as preferências por certos tipos de trabalho, facilitando o posicionamento e o estabelecimento de expectativas futuras. No entanto, mudanças de emprego motivadas por insatisfação ou pelo despreparo não são fáceis de administrar e envolvem perdas, temor e sensação de fracasso. A maioria dos gerentes, no entanto, procura ver nas perdas uma oportunidade de realização em outro lugar. Erros nos negócios, relacionados a superiores, subordinados, pares ou pessoas de fora da organização, também causam estresse, cuja evolução pode depender

do grau de tolerância da organização, da sua especificidade e do domínio sobre o problema. Os problemas com os subordinados também são fontes importantes de tensões e exigem muita habilidade e sensibilidade dos gerentes (MACCALL et al., 1988).

Abordando a questão dos desapontamentos experimentados por gerentes, Zaleznik (1993) discute a vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas que estão no poder e ainda não desenvolveram a capacidade de lidar com esses episódios. Longe de ser o prelúdio de uma continuidade de falhas na carreira, esses episódios podem ser uma oportunidade para acelerar o crescimento pessoal. O autoconhecimento ou o desconhecimento de si mesmo podem levar a diferentes direções. Assim que o gerente conhecer e souber utilizar essas tendências, estará numa situação *boderline* entre a personalidade e a ação na organização.

Experiências do passado e expectativas com relação ao cargo também podem afetar o desempenho dos gerentes. Falhas no desenvolvimento pessoal, na experiencição dos estágios do ciclo de vida, podem levar a *gaps* entre processos instintivos-emocionais e de capacidades cognitivo-rationais, entre outros. Estes *gaps* conduzem frequentemente à baixa tolerância emocional para dirigir a organização e a um conjunto rígido de condições para o exercício da competência (ZALEZNIK, 1993).

As experiências com os desapontamentos constituem eventos catalíticos que podem resultar em crescimento ou retardo no desempenho dos gerentes. Quando há desapontamentos, eles geralmente reexaminam a situação e fazem um redirecionamento da ação, mas isso depende da face do desapontamento. Se o desapontamento e o esforço empregado na análise dos problemas lhe são negados, o indivíduo pode ficar com conflitos não resolvidos. A grande dificuldade, para os gerentes, é manter o balanço e a perspectivas diante dos inevitáveis desapontamentos, principalmente no alto da carreira, pois estes podem abrir feridas antigas. As respostas podem variar de padrões reconhecidos como falso senso de onipotência e até à desilusão. A dinâmica e a estrutura desses processos têm uma variedade de significados inconscientes que são levados adiante em episódios maiores da vida (ZALEZNIK, 1993).

Segundo Zaleznik (1993), para enfrentar esses desapontamentos, é necessário examinar quais são os objetivos pessoais, antes da decisão de assumir um cargo. Se os objetivos são irreais, os desapontamentos serão inevitáveis. Outras medidas passam por enfrentar as consequências dos atos problemáticos e estar intimamente interado de suas próprias reações emocionais. As dificuldades de lidar com certos problemas podem produzir certas compensações que escondem o problema princi-

pal. Procurar tratamento e enfrentar as demandas e o estresse pode ser o melhor caminho (ZALEZNIK, 1993). Além disso, um planejamento anterior da carreira, a realização periódica de um “balanço” da trajetória, a persistência no planejamento financeiro pessoal são importantes para facilitar a superação de mudanças não planejadas na carreira (MILLES, 2002).

2.3.2.2 A mudança de consciência

A constatação de que o aprendizado gerencial ocorre a partir da reflexão sobre a experiência vivida como gerente, resultando numa mudança de consciência, requer um aprofundamento.

As experiências passadas e presentes interligam-se, estabelecendo uma relação qualitativa entre si, resgatável pela retrospecção e pela reflexão.

Para Paulo Freire (2001), num primeiro momento a realidade não é percebida pelos homens de forma crítica. A aproximação com a realidade se faz através de uma experimentação espontânea, numa tomada de consciência da realidade em si, geralmente de forma acrítica, quase ingênua, uma ciência da realidade. A partir do momento em que os homens passam a refletir sobre suas experiências e sobre o mundo, ocorre uma tomada de posse da realidade, uma conscientização dela. Não existe conscientização sem *práxis* ou ação refletida. A reflexão mobiliza os homens para a mudança na percepção de si e do mundo.

Freire (2001) propõe a prática da codificação e decodificação da realidade, num fluxo e refluxo das partes em relação ao todo e vice-versa. Quanto mais o homem refletir sobre sua situação concreta, mais emergirá plenamente consciente, tornando-se apto para intervir sobre a realidade. E a cada novo cenário, aparecem novos desafios, novos questionamentos, nova consciência, num processo crítico que não termina jamais.

O importante é advertir que a resposta que o homem dá a um desafio não muda só a realidade com a qual se confronta: a resposta muda o próprio homem, cada vez um pouco mais, e sempre de modo diferente. “Pelo jogo constante destas respostas o homem se transforma no ato mesmo de responder” [...] No mesmo ato de responder aos desafios que lhe apresenta seu contexto de vida, o homem se cria, se realiza

como sujeito, porque esta resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação... todas essas coisas pelas quais se cria a pessoa e que fazem dela um ser não somente *adaptado* à realidade e aos outros, mas *integrado* (FREIRE, 2001, p. 42-43, grifo do autor).

O processo de conscientização e de apreensão progressiva da realidade tem sido muito utilizado para a educação de adultos. Diferentemente da aprendizagem infantil, em que as crianças estão envolvidas com a maturação física, na aquisição de habilidades e num contexto de dependência, os adultos já possuem um amplo espectro de experiências vividas e, por serem responsáveis pela própria vida, precisam tomar decisões continuamente em seu dia a dia, o que os leva a constantes questionamentos e reintegração de significados. Enquanto na infância há um processo de formação, a idade adulta é de transformação (LUCENA, 2001).

Durante o desenvolvimento do indivíduo, uma série de conceitos são absorvidos naturalmente, culturalmente, ou por imposição, e são tidos como verdadeiros. Na idade adulta, esses conceitos são checados através da experiência vivida e do diálogo com outros indivíduos. Os significados podem ser validados e reforçados ou modificados. Na medida em que não conseguem explicar o presente ou viabilizar uma ação desejada, eles são revisados, adaptados e transformados. O indivíduo desenvolve-se quando, através da reflexão, valida um conhecimento prévio e age posteriormente de acordo com a percepção resultante. Quanto maior for a capacidade de o adulto interagir e se tornar aberto a novas perspectivas de aprendizado e experiências, maior será seu desenvolvimento (MEZIROW, 1991; IMEL, 1998).

Essa perspectiva de transformação de uma estrutura conceitual anterior caracteriza a aprendizagem transformacional:

Aprendizagem transformacional é aprendizagem que transforma a estrutura problemática de referência – série de suposições e expectativas (hábitos de lembrança, significados, perspectivas, conjunto de lembranças) - para torná-las mais inclusivas, discriminativas, abertas, reflexivas e emocionalmente aptas para mudanças. Tais estruturas de referência são superiores as outras porque elas são mais apropriadas para gerar crenças e opiniões

que comprovarão verdades adicionais ou justificação para guiar a ação (MEZIROW, 2003, p. 1-2).

O aprendizado pode ocorrer pela revisão de esquemas de significado (crenças, atitudes) no dia a dia, através da reflexão não necessariamente crítica, e envolve correção de certas interpretações. Mas, a aprendizagem transformacional, que é menos frequente, envolve a revisão de perspectivas de significado e mudança no conjunto de suposições e regras sociais, culturais e de visão de mundo, resultando numa nova maneira de ser:

Estabelecer uma estrutura de referência inclui organizar uma rede de relacionamentos, orientações políticas, opiniões culturais, ideologias, dogmas, atitudes e práticas estereotipadas, conhecimentos e hábitos ocupacionais, doutrina religiosa, normas ético-morais, esquemas e preferências psicológicas, paradigmas em ciência e matemática, estruturas em ciências sociais e linguística, e valores e padrões estéticos (MEZIROW, 2003, p. 2).

Para Mezirow (1990), o processo de reflexão sobre uma experiência vivida pode resultar em uma vivência habitual, não refletida, ou pode gerar um processo de reflexão da ação. Esta ação pode resultar em conhecimento usual (o quê) através de um processo reflexivo simples, ou envolver o questionamento crítico do seu conteúdo (o porquê) e do processo (como), a partir de estruturas de conhecimento e visões de mundo pré-estabelecidas e a serem transformadas por esse processo.

A revisão das estruturas de conhecimento segue um caminho racional, através de uma série de fases que começa com um dilema desorientador (MEZIROW, 1990; 1991):

- a) dilema desestruturante;
- b) autocrítica, com sentimento de culpa ou vergonha;
- c) crítica a partir de uma suposição epistemológica, sociocultural ou psíquica;
- d) identificação do descontentamento e de outros processos de transformação similares de transformação;
- e) exploração de opções para estabelecer novos papéis, relações e ação;
- f) desenvolvimento de um plano de ação;
- g) aquisição de conhecimentos e habilidades para implementar o plano;

- h) teste do plano;
- i) construção de competência e autoconfiança para o novo papel e rede de relações; e
- j) reintegração na vida a partir de novas perspectivas.

Embora mudanças na estrutura de conhecimento possam ocorrer mais frequentemente, grandes revisões dos esquemas de significado pré-existent e edificação de novos esquemas mais duradouros parecem ocorrer após experiência de grandes dilemas ou crises, como morte de pessoas queridas, separação conjugal, perda de emprego, desafios profissionais importantes, entre outros (IMEL, 1998).

A teoria de aprendizagem de Mezirow está centrada em três aspectos: a experiência vivida, a reflexão crítica e o discurso crítico racional (IMEL, 1998).

Discurso aqui se refere ao diálogo envolvendo o acesso a crenças, sentimentos e valores. Os discursos envolvem tópicos referidos a partir de pontos de vista de uma estrutura particular de referência. Justificação de uma proposição é feita a partir de uma estrutura particular de referências aplicadas. Aceitar a perspectiva do outro envolve um processo intrapessoal, seleção de informações [...]. Compreender a perspectiva também envolve uma dimensão interpessoal, usando o *feedback* para adaptar mensagens a partir da outra perspectiva. [...] Entender depende da natureza e objetivos da situação e das relações sociais. Para Habermas, racionalização é inerente ao uso da linguagem (MEZIROW, 2003, p. 2-3).

Mezirow (2003) reconhece a validade da distinção entre aprendizagem instrumental e aprendizagem comunicativa, estabelecida por Habermas. Aprendizagem instrumental é relacionada ao controle e à manipulação do meio ambiente, com ênfase na técnica e no desempenho. O desenvolvimento lógico é hipotético-dedutivo. Aprendizagem comunicativa se refere à capacidade de entender o que alguém pretende quando se comunica com outra pessoa. Esse entendimento inclui tornar-se ciente da discussão, intenção e qualificação da pessoa que se comunica. O processo de entendimento envolve acesso a informações sobre o que é certo: a sinceridade, a autenticidade e a apropriação preferencial do que o ouvinte considerar verdadeiro. O processo de discurso dialético-crítico

envolve centralmente o acesso às crenças dos outros, para chegar a uma tentativa de avaliação e posicionamento. Para a aprendizagem comunicativa, o desenvolvimento lógico envolve inferência analógico abdutiva. Raciocínio abdutivo é raciocinar a partir de instâncias concretas para chegar a uma conceitualização abstrata.

Habilidades, sensações e *insights* são relevantes para participar de um discurso dialético crítico – ter uma mente aberta, saber escutar enfaticamente, evitar julgamentos prematuros e um fundamento comum. Qualidades de inteligência emocional (autoconsciência e autocontrole, persistência, entusiasmo e automotivação, empatia e habilidade social) são qualidades óbvias para desenvolver habilidade de adultos para acessar crenças alternativas e participar forte e livremente num discurso dialético-crítico. A aprendizagem comunicativa enfatiza a reflexão crítica e a auto-reflexão crítica, acessando seus conhecimentos para fazer a mais fidedigna opinião/julgamento aproveitável (MEZIROW, 2003, p. 3).

As proposições de Mezirow, no entanto, não são hegemônicas. Recentemente, outra linha de pesquisa vem abordando aspectos pouco discutidos da aprendizagem transformacional. A maior crítica às proposições de Mezirow advém da ênfase dada por ele à racionalidade do processo de transformação. Alguns estudos têm demonstrado que a aprendizagem transformativa não é apenas um processo racional e consciente, mas incorpora uma variedade de caminhos extrarracionais e inconscientes para a revisão das estruturas de significado.

Nesse sentido, Taylor (2001) defende a ideia de que as emoções e a memória implícita desempenham um papel importante nesse processo. Para ele, as emoções proveem uma espécie de valoração e priorização de decisões, guiando o processo racional ou distorcendo-o. As emoções estabelecem a agenda dos desejos e crenças. Da memória implícita emergem hábitos, atitudes, emoções e preferências inacessíveis à consciência, capazes de influenciar nosso comportamento presente, e representam uma parte essencial do que nós somos. Boa parte do conhecimento tácito poderia advir da memória implícita. As emoções e a memória implícita interveem de forma importante no processo de reflexão crítica, de transformação e na tomada de decisões.

Van Manen (1990), na mesma linha de Freire (2001) e de Mezirow (2003), considera que a consciência não pode ser descrita diretamente. Não se pode refletir sobre a experiência vivida enquanto se vive a experiência, a reflexão é sempre retrospectiva. Como os conteúdos de uma experiência passam progressivamente por resignificações, para se buscar o seu significado mais puro, é preciso utilizar metodologias que procurem trazer à tona as experiências vividas ainda pré-reflexivamente, na sua forma mais pura. A experiência captada pré-reflexivamente possibilita um processo identificação dos seus temas essenciais, do seu significado mais íntimo. Identificada a essência do significado de uma experiência, é possível, à luz de teorias e conhecimentos já adquiridos, realizar uma discussão temática e reflexiva. Essa reflexão científica, formatada em texto, permite seu acesso a outros gerentes, que, conduzidos pelo texto à própria vivência, refletem sobre ela e amadurecem.

2.4 As implicações da teoria para a pesquisa

A revisão de literatura procurou levantar discussões sobre temas que contribuíssem para a compreensão do gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde.

Foi demonstrado que o gerenciamento dos serviços públicos é complexo e possui especificidades técnicas, sociais e políticas que impedem a simples incorporação dos instrumentos de apoio do setor privado, necessitando de adaptações ou mesmo de novas concepções. Alguns movimentos já têm sido feitos nesse sentido e são animadores, mas têm sido direcionados à gestão macroestrutural do SUS e aos serviços de maior densidade tecnológica.

Poucas pesquisas e proposições têm sido feitas em relação à gestão da Atenção Primária à Saúde, apesar da sua relevância técnica e da sua importância estratégica para o SUS. A dinâmica de produção nas UBSs é complexa e se caracteriza por uma organização intensiva em conhecimento, requerendo modelos de gerenciamento específicos.

Embora se perceba a influência das teorias do gerenciamento como um processo nos cursos de formação, as pesquisas recentes têm demonstrado que o gerenciamento da atenção primária é estressante, variado, fragmentado e reativo, com pouco tempo para o planejamento. Os gerentes das UBSs precisam fazer interface contínua com a população, organizar o trabalho de equipes multiprofissionais e atender

às exigências dos seus superiores. Isso exige deles grande capacidade de organização do tempo, de interface com vários atores, e flexibilidade.

As pesquisas têm demonstrado que o gerenciamento de primeiro nível nas organizações costuma ser o mais estressante. Esses gerentes são pressionados continuamente pelos funcionários, pelos usuários e pelos superiores. Além disso, é geralmente nesse nível que começam as suas carreiras, conformando-se num espaço de intenso aprendizado, que acabará por configurar um processo de mudança de consciência. Seus valores e conceitos serão progressivamente revisados, para dar conta das novas demandas.

Foram essas constatações que orientaram o desenho desta pesquisa e do roteiro de entrevista, na expectativa de compreender o dia a dia dos gerentes de UBSs, suas principais demandas, a forma como eles respondem a elas e, principalmente, o processo de seu de aprendizado como gerente.

3 A METODOLOGIA

O problema desta pesquisa exige uma metodologia que permita abordar o universo subjetivo de experiências vividas por médicos que se tornaram gerentes. O conteúdo dessas experiências é subjetivo, individual e precisa ser trazido à tona, para ser estudado e elaborado cientificamente. Para tanto, é necessário superar a formulação de hipóteses e soluções preconcebidas, para buscar compreender a realidade na forma como se apresenta e é experimentada por um ator social.

3.1 Os fundamentos epistemológicos

Para a realização desta pesquisa, parto da concepção da *ciência* como a busca do conhecimento, e da compreensão da realidade não apenas objetiva, mas também dos fenômenos experimentados subjetivamente (MINAYO, 1995). Diferentes abordagens sobre a a realidade propõem diferentes problemas epistemológicos.

Segundo Morgan (1980), a teoria social, em geral, e, em particular, a teoria das organizações, pode ser analisada a partir de quatro grandes visões de mundo, de acordo com a natureza da ciência (segundo as dimensões objetivo-subjetiva da realidade) ou de acordo com a natureza da sociedade (segundo as dimensões regulação-mudança radical) (Quadro 2).

		Mudança radical			
Subjetivo	Paradigma radical humanista		Paradigma radical estruturalista		Objetivo
	Teorias antiorganização		Teorias de organização radical Materialismo dialético		
	Hermenêutica Etnografia Fenomenologia		Behaviorismo Determinismo Empirismo abstrato		
	Paradigma interpretativo		Paradigma funcionalista		
		Regulação social			

Quadro 2 - Paradigmas, metáforas e escolas de pesquisa organizacional (MORGAN, 1980, p. 608).

Essas diferentes visões configuram quatro grandes paradigmas: funcionalista, interpretativo, radical-humanista e radical-estruturalista, que refletem diferentes escolas de pensamento científico, mas compartilham suposições fundamentais comuns sobre a natureza da realidade (MORGAN, 1980 p. 608 e 609):

- O paradigma funcionalista está baseado na suposição de que a sociedade tem uma existência concreta e um caráter sistêmico que pode ser apreendido e regulado.
- O paradigma interpretativo está baseado na visão de que o mundo social tem um estado antológico muito precário e é produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos.
- O paradigma humanista radical enfatiza que a realidade é socialmente criada e sustentada, sendo analisada como a patologia da consciência, através da qual, seres humanos se tornam aprisionados dentro dos limites da realidade que eles criam e sustentam.
- O paradigma estruturalista radical está baseado na visão da sociedade como uma força potencialmente dominante. É vinculado ao conceito materialista do mundo social, concreto e ontologicamente real, caracterizado por tensões e contradições entre elementos de oposição, que inevitavelmente levam à mudança radical no sistema como um todo.

Esta pesquisa se fundamenta no paradigma interpretativo. Está baseada na visão de que a realidade é produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos, entendida a partir do ponto de vista do participante da ação, mais do que do ponto de vista do observador (MORGAN, 1980).

Nesta pesquisa, pretendo conhecer o significado da experiência vivida por médicos ao se tornarem gerentes, acreditando na possibilidade de chegar a entender o mundo através de uma relação reflexiva e conversacional. Uma experiência vivida não é captada de forma imediata, na medida em que é experimentada, mas através da reflexão posterior sobre os fatos vivenciados e as circunstâncias envolvidas. A fenomenologia representa essas suposições e a alternativa metodológica para este estudo.

3.2 A Fenomenologia como método para a compreensão de significados

A fenomenologia surgiu como alternativa filosófica, entre o final do século XIX e início do século XX, quando as pesquisas científicas eram dominadas pelo pensamento objetivo sobre a natureza e fundamentadas pelo positivismo, tendo como maiores expressões a matemática e a psicologia. Filósofos como Hegel e Schopenhauer perdiam seu poder de influência, ao mesmo tempo em que as ideias de Marx, Freud e Nietzsche ainda circulavam em ambientes restritos (DARTIGUES, 1992).

Nesse ambiente, alguns filósofos percebiam o distanciamento entre as ciências e os problemas originais dos seres humanos. As especulações em torno de um problema real resultavam em leis ou regras de comportamento que, por sua vez, geravam discussões e questionamentos adicionais, e assim progressivamente, resultando no distanciamento da razão principal da discussão científica.

Edmundo Husserl (1858-1938) propôs que o pensamento filosófico retornasse aos problemas originais (“as coisas mesmas”) e não mais se ocupasse das opiniões secundárias, como uma forma de reencontrar o sentido da ciência. Para, Husserl, a fenomenologia é o método capaz de resgatar a essência das experiências vividas, uma ciência descritiva e não explicativa (como a psicologia), nem dedutiva (como a matemática) (DARTIGUES, 1992).

A fenomenologia se ocupa do estudo dos *fenômenos*, entendidos estes como a vivência inicial em relação a um dado/objeto, na forma primeira/imediata de como ele se apresenta à consciência, pré-reflexivamente. Essa vivência é caracterizada pela *intencionalidade* do sujeito em relação a um objeto/dado. Essa intencionalidade é a essência da consciência, representada pelo significado, o nome pelo qual a consciência se dirige a cada objeto (CAPALBO, 1987).

O método fenomenológico busca identificar as estruturas mais fundamentais de um fenômeno. Embora uma experiência possa apresentar variantes relacionadas à vivência de diferentes sujeitos, a fenomenologia busca o núcleo mais central das experiências, que permanece invariante. Para isso, propõe a *redução fenomenológica*, que significa suprimir tudo o que se pensa e sabe sobre o dado/objeto, até o ponto em que nada mais resta, a não ser ele mesmo. Através da *variação eidética*, procura-se imaginar um dado objeto suprimindo-se determinadas partes constitutivas suas. Se o objeto se desconfigurar, essas partes suprimidas fazem parte da sua essência (DARTIGUES, 1992).

As ideias de Husserl influenciaram várias correntes de pensamento e filósofos, como Heidegger, que se ocupou da reflexão em torno do sentido da própria existência humana; Sartre, que foi um existencialista, para o qual a existência humana precede a essência, pois o homem primeiro existe depois se define; e Maurice Merleau-Ponty, que rejeitou a divisão entre o sujeito e o objeto e a teoria do conhecimento intencional, fundamentando a fenomenologia da percepção:

Para Merleau-Ponty, é a percepção o ato inaugural, e não o sujeito da consciência representativa, que nos abre o sentido dos dados percebidos. Assim, a percepção é construída na relação que se inaugura entre o corpo e o mundo, e não através de uma ideia de realidade previamente estabelecida na consciência (SANTOS, 2004, p. 89).

Para Merleau-Ponty, o corpo não é uma coisa, mas um espaço expressivo de um conjunto de significações já vividas e expressadas em nossos gestos e falas. Dessa forma, somos os nossos gestos, olhares e falas, dotados da expressividade das nossas experiências vividas/percebidas em toda nossa existência.

Nesta pesquisa, procuro compreender o fenômeno da experiência de médicos da família e da comunidade como gerentes. Como médicos, eles trazem consigo suas expressões e falas, as experiências de sua vida e de ser médico, que serão revisitadas ao se tornarem gerentes. Para tanto, utilizei a fenomenologia como metodologia para acessar e compreender a experiência vivida por esses médicos. Como médica e gerente, precisei ignorar tudo o que sabia sobre esse fenômeno (*epoché*), a fim de poder identificar a essência da experiência desses médicos. Mas isso não significa a negação do meu conhecimento teórico e experiencial. Significa que fiz uma relação forte e intencional com os relatos das experiências vividas pelos médicos-gerentes, na tentativa de identificar os principais temas envolvidos e de compreender o significado das suas experiências.

3.3 O caminho para a compreensão das experiências vividas

Para a realização desta pesquisa, utilizei a abordagem fenomenológico-hermenêutica, conforme apresentada por Max van Manen (1990) em seu livro *Researching Lived Experience*.

Van Manen propõe o estudo fenomenológico-hermenêutico da experiência vivida, do mundo como nós o experimentamos de modo imediato e original, ainda pré-reflexivamente, na forma como se apresenta à consciência. O estudo dos significados experienciais do modo como vivemos diariamente (SANTOS, 2004, p. 102-106).

A experiência vivida é o ponto inicial e final da pesquisa fenomenológica. Como método, a fenomenologia-hermenêutica procura transformar experiências vividas numa expressão textual da sua essência, de tal maneira que o leitor é estimulado a refletir sobre sua própria experiência (VAN MANEN, 1990, p. 59).

A fenomenologia é o estudo da vida real – o mundo como nós experimentamos pré-reflexivamente melhor do que nós o conceituamos, categorizamos ou refletimos sobre ele. A fenomenologia pretende alcançar um entendimento mais profundo da natureza do significado de nossas experiências diárias (VAN MANEN, 1990, p. 10).

[...] a fenomenologia, porque é um estudo descritivo da experiência vivida (fenômeno) na tentativa de enriquecer a experiência vivida buscando o seu significado; a hermenêutica, porque é o estudo interpretativo das expressões e objetivações (texto) da experiência vivida na tentativa de determinar o significado incorporado neles (VAN MANEN, 1990, p. 38).

Van Manen propõe a pesquisa fenomenológica-hermenêutica através da interação dinâmica entre seis procedimentos metodológicos: voltar-se a um fenômeno que nos interessa e nos compromete com o mundo; investigar a experiência como a vivemos, e não como a contextualizamos ou conceituamos; refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenômeno; descrever os fenômenos através da arte de escrever e reescrever; manter uma relação pedagógica orientada e forte com o fenômeno; equilibrar o contexto da pesquisa considerando as partes e o todo (SANTOS, 2004, p. 107).

3.3.1 Voltando-me para um fenômeno que me interessa e me compromete com o mundo

O ponto de partida da pesquisa fenomenológica é identificar o que nos interessa profundamente, e se esse problema se constitui num fenômeno real, isto é, se ele é experimentado pelos seres humanos. Estar interessado em um determinado fenômeno está relacionado à forma como o pesquisador orienta a sua vida (VAN MANEN, 1990).

Como médica e gerente na esfera pública, acompanho as experiências de vários profissionais de saúde que se tornaram gerentes e tenho muitos questionamentos a respeito. De um modo geral, suas primeiras experiências são permeadas de conflitos e de estresse, com uma tendência considerável ao abandono da função de gerente. O que os estaria desmotivando a ponto de abandonarem a gerência, se inicialmente estavam cheios de planos? Seria possível fazer alguma coisa por eles? Ao mesmo tempo, alguns deles prosperam na carreira de gerentes, ocupando progressivamente espaços mais complexos e cargos de mais alto escalão e responsabilidade. Diz-se que foram contaminados pelo vírus da saúde pública e não têm mais volta. Por que alguns prosperam e parecem felizes e outros desistem? Seria alguma coisa relacionada ao perfil da personalidade ou às atividades gerenciais?

Recentemente, tive mais uma experiência, como gerente, de entrar em contato direto com gerentes da atenção primária à saúde, boa parte deles em sua primeira experiência gerencial. Eles estavam motivados e comprometidos com o trabalho, não faltavam ao serviço e trabalhavam mais do que a carga horária contratual. Eram constantemente pressionados pelas demandas da população e de seus superiores e, mesmo assim, reclamavam muito pouco. Conheciam os pontos críticos do funcionamento das suas unidades de saúde e queriam resolver tudo com rapidez. Impressionou-me tanta motivação. Como conseguiam trabalhar tanto, sem se cansar? Que elementos possuem, para acreditar que conseguirão transformar suas UBSs em exemplos de eficiência? O que move esses gerentes? Percebi, dentre suas motivações, a oportunidade de realização. O que nós, mais experientes, poderíamos fazer para que eles tivessem experiências positivas? Eles pediam muitos insumos (materiais, medicamentos). Mas também faziam muitas perguntas. Queriam saber como as coisas funcionavam, questionavam normas, queriam participar das decisões. Demandavam muita atenção.

Nessa mesma oportunidade, pude perceber que, na medida em que não conseguiam resolver seus problemas ou participar das decisões, abandonavam a nova função. Os médicos, principalmente, quase todos

voltavam aos consultórios. Alguns, desiludidos, outros, esperando nova oportunidade. O que teria acontecido? Quais os problemas enfrentados por eles? Por que teriam desistido? Embora perceba um rodízio frequente de gerentes, nas UBSs, independente da área de formação, os médicos tornaram-se a minoria na gerência. Por que os outros profissionais permaneceram e os médicos saíram? Como é a experiência de médico gerente de UBS? Como médica, esses questionamentos me inquietavam constantemente. Precisava entender o que estava acontecendo: não teriam gostado da experiência? Não conseguiram aprender a gerenciar? Médico não tem perfil para ser gerente? O que significa ser um médico gerente de UBS?

Há, ainda, uma preocupação adicional: a atenção primária é a base do nosso sistema de saúde. Sem dar condições de funcionamento adequado às UBSs, como organizar o sistema? As UBSs são a porta principal do SUS. É preferencialmente a partir delas que os usuários acessem as demais unidades e serviços do sistema. Nelas, é realizada a maior parte dos atendimentos do SUS. Contraditoriamente, observo que as atenções das autoridades se dirigem principalmente para as unidades de maior complexidade tecnológica e de maior custo relativo.

Verifico, também, investimentos governamentais direcionados ao desenvolvimento de sistemas de apoio gerencial que são pouco utilizados pelos gerentes, acusados, muitas vezes, de desinteressados. Mas isso contrasta com a minha experiência com esses gerentes. Por que eles não utilizariam esses instrumentos? Não seriam essas as necessidades do gerente local? Do que se utilizam e do que necessitam para apoiar o seu trabalho, no dia a dia?

As respostas a esses questionamentos somente poderiam ser alcançadas através da compreensão das suas experiências como gerentes. Essa é a primeira pergunta que se coloca. Todo o resto advém do significado dessa experiência.

A definição do fenômeno a ser pesquisado (a experiência de médicos como gerentes de unidades básicas de saúde) foi resultado das minhas inquietações pessoais e profissionais e relacionadas às experiências dos médicos que se tornaram gerentes de UBS. O meu interesse fundamenta-se em várias questões que considero relevantes: por sua importância para o SUS, por eu também ser médica, e por acreditar que é possível apoiar os novos gerentes de forma a melhorarem o seu desempenho e terem uma experiência exitosa.

3.3.2 Investigando a experiência como ela é vivida

Uma vez definida a questão fenomenológica, é preciso identificar a fonte dos relatos experienciais. A experiência vivida é a fonte e o objeto da pesquisa fenomenológica (VAN MANEN, 1990, p. 57).

3.3.2.1 As formas de obter as histórias de vida

A minha questão de pesquisa está relacionada às experiências vividas por médicos ao se tornarem gerentes. Para compreender essas experiências, precisei ouvir histórias de diferentes pessoas, na perspectiva de “juntar as experiências de outras pessoas, porque elas nos permitem tornar mais experientes” (VAN MANEN, 199, p 62).

Dentre as várias alternativas (protocolos, escritos, biografias, jornais, obras de arte etc.), optei pelas entrevistas, pois, além de juntar material narrativo das vivências, elas permitem uma relação conversacional com o entrevistado sobre o significado das suas experiências, permitindo validá-las. As entrevistas foram guiadas por perguntas criativas, para que o entrevistado fosse orientado para o fenômeno pesquisado, evitando que se desviasse do objetivo principal, através de um roteiro de entrevistas (APÊNDICE A) (VAN MANEN, 1990). Utilizei a técnica da pesquisa em profundidade, ou entrevista em três tempos, de Seidman (1998), que permite uma aproximação progressiva da essência da experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa.

A primeira entrevista foi direcionada ao contexto da história vivida pelo entrevistado, procurando fazer uma reflexão sobre eventos constitutivos do seu passado familiar, escolar, profissional, etc. A segunda entrevista foi voltada aos detalhes das experiências dos gerentes e, a terceira, para a reflexão sobre o significado das suas experiências.

3.3.2.2 A identificação dos sujeitos de pesquisa

A identificação de sujeitos para participar da pesquisa está diretamente relacionada ao fenômeno a ser investigado: a experiência de médicos como gerentes de UBS. Há uma procura intencional em relação ao processo de aprendizado gerencial vivido pelos médicos. A literatura já forneceu as características essenciais dos entrevistados, ao identificar que a primeira experiência era a mais marcante e mais intensa na vida dos gerentes e que o processo de transformação era maior no primeiro ano como gerente (HILL, 1993).

Nesse sentido, procurei identificar médicos da família e da comunidade que: eram ou tivessem sido gerentes de uma UBS; tiveram suas primeiras experiências como gerentes nos últimos cinco anos; com pelo menos um ano de experiência; sem formação específica em gerenciamento no momento da nomeação; e estivessem atuando em municípios da Região da Grande Florianópolis (SC).

Definido o perfil dos médicos a serem entrevistados, entrei em contato com as autoridades dos municípios da região, para identificar a existência de profissionais que correspondiam aos critérios selecionados e solicitar os contatos deles. Para essa finalidade, foram explicadas a natureza da pesquisa, seus objetivos e as observações de ordem ética.

Nesse momento, tive um primeiro contato com a realidade de médicos gerentes de UBSs. Constatei como eram realmente poucos os médicos que se dedicavam ao gerenciamento das UBSs, geralmente delegados às enfermeiras. De município em município, consegui os contatos.

Em seguida liguei para cada um deles, expliquei os objetivos da pesquisa, a metodologia a ser usada e a necessidade do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em consonância com as determinações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Todos foram receptivos ao primeiro contato e demonstraram-se interessados em participar da entrevista. Alguns automaticamente se excluíram da pesquisa, pois não correspondiam aos critérios pré-definidos para os sujeitos de pesquisa.

Marcamos, então, um novo contato pessoal e direto, em data e local por eles escolhido para lhes dar maiores detalhes sobre a pesquisa.

3.3.2.3 Obtendo os relatos das experiências vividas

O primeiro encontro com cada médico entrevistado foi bastante tranquilo e cordial. Alguns preferiram ser entrevistados no próprio local de trabalho, enquanto outros preferiram lugares públicos, como restaurantes, e um preferiu realizar o encontro em sua própria casa.

Nessa oportunidade, foram-lhes novamente explicados, agora com mais detalhes, o projeto de pesquisa e a metodologia empregada, além de ser-lhes entregue uma cópia do projeto, para que o lessem, se assim o desejassem. Eles também receberam esclarecimentos a respeito dos termos constantes do TCLE e de sua importância. Sobre a proteção dos sujeitos de pesquisa, afirmei-lhes meus compromissos em relação ao sigilo e à não exposição dos entrevistados, e o seu direito de desistirem

de participar, a qualquer momento, do processo. Da mesma forma, me comprometi a lhes enviar uma cópia das entrevistas após sua transcrição, para que pudessem corrigir sua fala, fazer-lhes alterações, solicitar exclusões ou sigilo. Todos concordaram com os termos do TCLE e preferiram iniciar as entrevistas no primeiro encontro. Dos médicos inicialmente contatados, apenas seis corresponderam aos requisitos exigidos para serem sujeitos de pesquisa.

A princípio, eu estava um pouco ansiosa em relação à aceitação dos médicos em participar das entrevistas, em relação à sua disponibilidade de tempo para realizá-las e sobre a possibilidade de se envolverem e falarem de suas experiências. Logo na primeira entrevista, percebi que as preocupações eram infundadas. Eles, além de receptivos, literalmente “abriram o coração”, falaram das suas experiências, deram detalhes de suas experiências e interagiram bastante comigo.

Em cada encontro, tive a oportunidade de ouvir histórias de sujeitos comprometidos com problemas reais. À medida que os médicos se revelavam, eu os descobria, descobria a mim mesma e compreendia progressivamente o fenômeno estudado. A sensação era a de estarmos, entrevistador e entrevistado, mergulhados num mar comum de experiências significativas.

Muitas vezes voltei para casa emocionada com a profundidade com que eles narravam suas histórias, como eram fortemente comprometidos com seu trabalho e quão intensamente viveram suas experiências! Ao mesmo tempo em que percebia a riqueza das experiências vividas por eles, começavam minhas preocupações em relação à redução fenomenológica, necessária à análise das experiências.

Se, por um lado, as entrevistas realizadas fora do ambiente de trabalho transcorreram com mais tranquilidade e liberdade, as realizadas nas UBSs foram mais reveladoras. Ali, foi possível observar o ambiente de trabalho dos gerentes, sua interação com os funcionários, a população usuária, entre outras questões. Esses gerentes tiveram muita dificuldade em deixar os seus afazeres para darem entrevistas. Eram constantemente interrompidos para resolver pequenos problemas, mesmo tendo avisado e preparado a equipe para sua ausência parcial da UBS.

O espaço de tempo entre uma entrevista e outra, de cada médico, foi em torno de uma semana, para não sobrecarregar o entrevistado e para não perder a conectividade e o aprofundamento progressivo entre elas (SEIDMAN, 1998). O método se mostrou extremamente eficaz, no sentido de permitir que os entrevistados revelassem suas experiências.

As entrevistas foram feitas individualmente e gravadas. Elas tiveram, em média, a duração de uma hora e trinta minutos, sendo as

primeiras mais extensas e as últimas, menores, mais reflexivas e permeadas de vários momentos de silêncio. Em seguida, elas foram transcritas e transformadas em textos, para permitir uma análise hermenêutica das experiências vividas.

Todos os entrevistados consideraram importante o fenômeno pesquisado e gostaram do método utilizado. Eles perceberam claramente como foram sendo progressivamente levados a penetrar nas suas experiências e a refletir sobre elas. Em casos de vivências conflituosas recentes, percebi que o método, ao conduzir a um processo reflexivo, contribuiu também para a elaboração em relação à experiência.

3.3.3 Refletir em torno dos temas essenciais que caracterizam o fenômeno

As entrevistas, transcritas e transformadas em textos da experiência vivida, passaram em seguida por um processo de leitura e releitura, para permitir a análise fenomenológico-hermenêutica.

Refletir sobre a experiência vivida significa analisar reflexivamente os aspectos estruturais ou temáticos desta experiência [...]. O significado ou essência de um fenômeno nunca é simples ou unidimensional. O significado é multidimensional e multicamadas (VAN MANEN, 1990, p. 78).

Segundo van Manen (1990), um tema é a experiência em foco, o significado, o dado. É uma simplificação, é a forma de capturar o fenômeno que se quer entender. É o meio de se chegar ao conteúdo do significado que se quer entender. Geralmente se fazem três aproximações para se identificar os principais temas de um fenômeno (VAN MANEN, 1990):

- a holística – na qual a nossa atenção é dirigida ao texto como um todo, do qual procuramos compreender o seu significado mais fundamental para então expressá-lo através de uma frase;
- a seletiva ou realçada – onde se identificam as expressões mais reveladoras da experiência; e
- a detalhada ou linha por linha – onde se observa cada oração, cada frase em detalhe, para buscar aquelas mais fortemente dirigidas ao significado da experiência.

No processo de análise e reflexão sobre as experiências desta pesquisa, utilizei as aproximações holística e seletiva. Inicialmente procedi à leitura e releitura completa de cada entrevista, tantas vezes quanto julguei necessário, buscando compreender o sentido mais amplo da experiência vivida pelos médicos ao se tornarem gerentes.

Em seguida, reli outras vezes os textos, procurando identificar as estruturas ou temas que caracterizavam a experiência, ao mesmo tempo em que selecionava partes do texto relacionadas, tendo a preocupação constante com o fenômeno em foco e observando o sentido das partes em relação ao todo. Esses trechos e frases selecionados foram sendo cuidadosamente separados e codificados em relação aos significados apreendidos, para, posteriormente serem organizados em relação aos temas essenciais para a composição do texto final.

Após a tematização, procurei relacionar as experiências umas com as outras, segundo as estruturas de significado, num processo de reflexão ativa e contínua (VAN MANEN, 1990; MOUSTAKAS, 1994; COFFEY; ATKINSON, 1996).

A preocupação maior da fenomenologia não é a faticidade das peculiaridades psicológicas, sociológicas e culturais ou diferenças na estrutura de significado das experiências, mas sim a de identificar cuidadosamente as experiências centrais, para a elucidação da essência do seu significado (VAN MANEN, 1990).

Esse processo analítico é sempre único e por isso está implícito algum julgamento, mesmo que mínimo, que pode diferir entre pesquisadores, não sendo, neste caso, nenhum mais verdadeiro que o outro. Por esse motivo, é comum um texto fenomenológico ser escrito na primeira pessoa do singular.

3.3.4 Descrever os fenômenos através da arte de escrever e reescrever

Após a análise dos textos da experiência vivida, redigi o texto fenomenológico, que procura trazer à tona os significados essenciais da experiência desses médicos que se tornaram gerentes. “Criar um texto fenomenológico é o objeto do processo de pesquisa. A escrita é sua essência” (VAN MANEN, 1990, p. 111).

Num trabalho fenomenológico-hermenêutico, a escrita é fundida com a pesquisa e a reflexão em si. A escrita é o método. Através da escrita, o autor organiza o conhecimento, busca categorias universais de interpretação, se transforma. A escrita fenomenológica é o método da re-escrita, procurando a profundidade, construindo sucessivas camadas

de significado, buscando reter ao máximo as ambiguidades no texto. Para isso, é necessário manter uma relação forte e orientada para o fenômeno em estudo.

O texto fenomenológico deve ser reflexivo e convidar o leitor a refletir sobre sua experiência. A escrita fenomenológica deve ter a capacidade de recrutar a atenção do leitor, levá-lo à reflexão, a procurar em si mesmo os significados das suas experiências e transformá-lo. “Uma boa descrição fenomenológica é coletada pela experiência de vida que relembra a experiência de vida – é validada pela experiência vivida e ao mesmo tempo, valida a experiência de vida. Isto é chamado de ciclo de validação da investigação” (VAN MANEN, 1990, p. 27).

A fenomenologia não permite generalizações empíricas, a experiência vivida será sempre única e intransponível. Da mesma forma, não cabem conclusões ou julgamentos finais; quando muito, algumas considerações do autor sobre o tema.

3.3.5 Manter uma relação forte e orientada com o fenômeno

Max van Manen (1990) prescreve a necessidade da relação forte e orientada do pesquisador em relação ao fenômeno. Essa preocupação perpassa todo o processo de pesquisa, desde a obtenção dos relatos de experiências, até a finalização do texto fenomenológico, devido aos riscos de cair em redundâncias, em conceitos pré-existentes ou em explicações que tendem a desviá-lo daquilo que é essencial. Para manter uma relação orientada e forte é importante que o pesquisador seja profundamente comprometido com o fenômeno pesquisado. Van Manen alerta para os riscos de uma teorização vaga e confusa sobre o fenômeno; da tendência à abstração acadêmica e distanciamento dos problemas originais; e para a falha na compreensão dos significados essenciais que interessam aos seres humanos.

3.3.6 Equilibrar o contexto da pesquisa considerando a parte e o todo

A pesquisa fenomenológica deve ter uma preocupação permanente em equilibrar as partes em relação ao todo e vice-versa. A essência da experiência deve estar refletida nos seus temas, assim como estes refletem o significado mais profundo da experiência vivida. Da mesma forma, há a preocupação de compreender o significado das experiências para nossas vidas.

Para induzir a um processo reflexivo, um texto fenomenológico deve ter as seguintes qualidades:

- Precisa ser orientado para o aprendizado reflexivo. Para isso ele necessita de consistência em relação ao conteúdo e forma, a fala e a atuação, o texto e a textualidade, a teoria e a vida.
- Procura a integração mais forte entre um fenômeno e a sua interpretação.
- Precisa ser rico e concreto, explorando os fenômenos em todas as suas ramificações, na tentativa de expressar a ação e não o evento. Essa qualidade facilita a identificação e o engajamento na leitura e na reflexão.
- Precisa ser profundo no sentido de conseguir transparecer as essências das experiências vividas.

Em todo o processo desta pesquisa, procurei observar o método e as atividades prescritas por Max van Manen (1990) de forma dinâmica e harmônica, ou seja, na elaboração deste projeto de pesquisa, nas entrevistas, nas reflexões fenomenológicas e na elaboração do texto.

4 SER MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE E GERENTE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Nos capítulos anteriores, apresentei uma revisão teórica sobre a natureza e a aprendizagem gerencial, bem como a abordagem metodológica utilizada neste estudo.

Este capítulo será dedicado a uma reflexão fenomenológico-hermenêutica das experiências vividas por médicos de família que se tornaram gerentes de unidades básicas de saúde, tendo como objetivo compreender o significado das experiências desses médicos. Não pretendo, neste capítulo, fazer uma apresentação abstrata e superficial das histórias contadas pelos gerentes, mas sim, promover um diálogo intencional e reflexivo, procurando trazer à tona os principais temas e as estruturas de significado que compõem essas experiências.

Compreender a experiência vivida por médicos da família e da comunidade, ao se tornarem gerentes, passa pelo entendimento do significado do que é ser um médico da família na prática. A essência de ser médico compõe a experiência dos médicos gerentes. A partir dessa compreensão prévia, pode-se, então, refletir sobre as suas experiências como médicos gerentes de unidade de saúde, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada.

Inicialmente, apresentarei os sujeitos que participaram desta pesquisa e as suas trajetórias de vida. Em seguida, a discussão do que significa ser médico de família, para, finalmente, apresentar a reflexão sobre as experiências de tornarem-se gerentes. Cada história, cada fato narrado, poderá evidenciar situações vividas por nós, no gerenciamento de unidades de saúde. Meu objetivo é conduzir um processo de reflexão e aprendizado sobre essas experiências e, a partir delas, sobre nossas próprias experiências.

Embora seja uma reflexão a partir da prática, em alguns momentos recorrerei à literatura, buscando insumos adicionais, para facilitar a compreensão de determinados fatos e elucidar os seus significados.

4.1 Os sujeitos da pesquisa e suas histórias de vida

Colaboraram com este estudo seis médicos, sendo três homens e três mulheres, que trabalham ou trabalharam como gerentes em municípios da Região Metropolitana de Florianópolis. Dos seis médicos, cinco têm entre 30 e 35 anos de idade, e somente uma tem 42 anos. Todos possuem o título de especialista em Medicina da Família e da

Comunidade. Três deles obtiveram titulação através do curso de Residência Médica e os outros três, através da prova de títulos da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade.

Nascidos em regiões diferentes, decidiram, bem cedo, seguir o caminho da medicina. Os motivos que os levaram a essa decisão são pessoais e envolvem o desejo de ajudar, a busca de realização, o desejo de ascender socialmente, entre outras razões, que, somadas a um bom desempenho escolar e a uma forte determinação, viabilizaram seus projetos de vida.

A seguir, apresentarei suas trajetórias profissionais, procurando trazer à tona os aspectos mais relevantes que marcaram a sua caminhada e que poderão contribuir para a compreensão das experiências vividas em Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Os seus nomes são fictícios e foram escolhidos por eles próprios, para garantir a sua não identificação, em conformidade com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Algumas dessas histórias tangenciaram a minha própria vida, uma vez que convivi diretamente com alguns deles em minha trajetória profissional. Outros, eu os conheci no processo de entrevista. Porém, se em algum momento pensei que conhecia um ou outro, no transcorrer das entrevistas redescobri essas pessoas, identifiquei visões de mundo que, se percebidas em outro momento, poderiam implicar em diferentes oportunidades de trabalho conjunto. Nosso conhecimento é sempre parcial, moldado pelas circunstâncias, pelo cenário. A cada aproximação, mais um leque de possibilidades se abre, e assim sucessivamente.

4.1.1 Análise

Análise é uma jovem médica de 33 anos, casada, sem filhos, comunicativa e simpática. Foi muito receptiva para a entrevista e demonstrou ter gostado da oportunidade de partilhar sua experiência como gerente.

Aluna aplicada, sempre estudou em colégios particulares até completar seus estudos na universidade. Caçula de três filhos, precisou lutar pela vaga em uma faculdade pública, pois os dois irmãos já cursavam universidades privadas, e os custos começavam a ficar altos para a família.

Muito cedo, decidiu fazer medicina motivada por um médico ortopedista pediátrico, que a atendia ainda na infância, e do qual ela gostava muito:

De criança... eu resolvi fazer medicina. Foi uma coisa de criança. Que eu tinha pé torto... E aí, eu fui consultar com um ortopedista [...] Tinha uma sala de brinquedos que era maravilhosa! Eu adorei o ambiente. Eu falava para o meu pai: quando crescer, eu quero ser ortopedista... [...] E eu fui crescendo com isso. Eu adorava ele. E aí decidi, nessa época... Nunca pensei em fazer outra faculdade... Desde nova tive essa coisa: vou fazer medicina, vou fazer medicina!

Durante a faculdade, ela se interessou pela proctologia, por perceber que era uma área de atuação ampla e que permite o exercício tanto da clínica quanto da cirurgia e, acima de tudo, possibilita um bom contato com os pacientes. Além disso, teve um professor competente, que a estimulou a conhecer a área com maior profundidade.

Seguindo essa determinação, decidiu se especializar em proctologia e, como segunda opção, pela medicina da família da comunidade. Porém, no momento da prova de residência, percebeu-se discriminada como mulher em uma área predominantemente masculina e foi, consequentemente, excluída:

E aí, na prova de cirurgia geral, pra fazer proctologia, o pessoal ainda era muito machista, né? E aí, eu sou mais miudinha e, na época, eu tinha um cabelão compridão... E aí, eu chegava pras entrevistas na residência, todo mundo: “Ah, porque cirurgia dá varizes, tu sabia? Que não sei o quê...”

Passou na seleção para residência em medicina de família e começou o curso, mas com a perspectiva de fazer apenas um ano e em seguida tentar proctologia novamente. Na época, essa especialidade ainda era pouco conhecida: “ninguém sabia o que era um médico de saúde da família... ninguém sabia o que fazia um médico de saúde da família”. No entanto, no transcorrer do primeiro ano, foi se identificando com a área, com a amplitude da atuação clínica, com o contato com os pacientes:

Eu gostava da clínica [...] do contato com o paciente. Quando eu passei na... como doutoranda, na comunitária, eu me senti bem, tendo contato com paciente, ajudando de alguma maneira. Tentando

resolver. [...] A medicina, a gente vê mesmo no posto. Porque o resto, quando chega a nível hospitalar, a gente dizia que já eram as bruxarias. Porque chegam as coisas muito mais complexas, chegam os casos mais graves, chegam as coisas mais raras... [...]

É uma residência bem puxada, a gente tem **estágio** em ginecologia, psiquiatria... clínica médica, pediatria... Então, tem matriciamento. A gente tem uma série de coisas.

E resolveu ficar: “[...] E daí eu resolvi ficar. Depois que terminou a residência, eu pensei: ‘não, não quero mais cirurgia. Eu acho que eu me achei. Então vou seguir...’”

Trabalhou com contrato temporário, em um primeiro município, por cerca de três anos, onde atuou em duas unidades básicas de saúde, experimentou alguns percalços e teve uma primeira experiência como responsável pela equipe e pela unidade.

Em seguida, mudou-se de cidade, onde atua até hoje (quase cinco anos), motivada por um concurso e uma estabilidade contratual, e passou por outra experiência como gerente de UBS com mais de uma equipe, e essa experiência será alvo da nossa reflexão. Ela continua trabalhando como contribuidora individual nessa unidade, mas posicionando-se como apoio para a nova gerente. Está pensando em continuar os estudos, talvez na área de Saúde Pública.

4.1.2 Antônio

Antônio é gaúcho de sotaque forte, tem 33 anos, é casado, comunicativo e tem uma capacidade de descrição dos fatos e dos diálogos tal, que me colocava fortemente dentro de cada cena, de cada episódio vivido. Viajamos juntos pela sua trajetória de vida.

Ele é o segundo filho de uma família de classe média com dificuldades, que sempre valorizou o estudo e a leitura. Bom aluno, questionador, sempre estudou em colégios públicos, com bons resultados. De poucos amigos, busca o equilíbrio das relações, é mediador e compreensivo: “[...] eu nunca fui um adolescente ou uma criança muito revoltada. Sempre eu, o menos revoltado, e o meu irmão era um pouco mais revoltado [...] eu sempre era o que entendia, sabe”. Gosta de uma boa “prosa” e de ler, ler muito: “E... e sempre gostei muito de ler. Eu sempre li bastante literatura, sempre estava na

biblioteca pública, inventando, passando as tardes lá, lendo, procurando livros... sempre tava inventando alguma coisa assim”.

Ainda criança, ficou em dúvida entre ser padre ou médico. A opção de médico foi prontamente aceita pela família. No momento da escolha profissional, prevaleceu o pragmatismo. Antônio ponderou o fato de ter um bom desempenho escolar, a boa perspectiva de passar no vestibular, a necessidade de investimentos adicionais para se estabelecer como profissional e o desejo de melhorar a qualidade de vida:

Eu sempre fui meio pragmático em alguns aspectos. Tipo, eu nunca tive nenhum dom especial pra nada, né? Eu era bom na maioria das matérias [...], nunca tive nenhum estilo específico [...].

Então eu pensei comigo: eu não tenho grana, não vou herdar empresa do meu pai, não posso depender dele, e da minha mãe, em relação à grana, né? Ao mesmo tempo, eu pensava assim: talvez a maneira mais fácil seja eu estudar e fazer alguma coisa por minha conta. E... e é isso! Eu acho que a medicina tem bem isso, né? Porque tu não precisa ser nenhum gênio, pra fazer medicina...

Mais independente. Não é uma profissão que exige que tu faças muito investimento financeiro no começo... Tu não tem uma clínica, não quer abrir uma clínica grande, tu precisa de um estetoscópio e uma caneta, né? E um carimbo! Sempre se dizia: vai pro Mato Grosso, botas uma pedra, um troço e tu atende o povo...

Apesar de eu nunca conversar com nenhum médico, não tinha nenhum médico conhecido na família... perto... para perguntar como é que funcionam as coisas...

Mas é... assim... eu lembro que a mãe me disse uma coisa... ela sempre passava na rua e via uma casa na nossa cidade, que era uma casa de algodão, que a gente chamava assim: casa de médico... e aí ela dizia: é casa de médico! Então tu ficava vendo as coisas assim, de sucesso! Eu... Eu posso ser um, né? Daí... eu resolvi que ia fazer medicina.

Assim que passou no vestibular, pôde sentir diretamente aquilo que já havia percebido anteriormente: o valor social da medicina.

[...] Tanto que eu fiquei com as fichas boas, né? Tipo assim... [risos]. É, mas aí tinha que me cuidar! E aí tudo que era... pai e mãe queriam que eu fosse pedindo, né? Não é pra qualquer um! Enquanto os outros ligavam pras gurias e... os pais...

Ele foi cursar a faculdade em outro município e morou em casa de parentes. Saía cedo e voltava tarde. Recebia uma mesada do pai, que era suficiente apenas para os passes de ônibus e refeições. Complementava a renda com bolsas de pesquisa e oportunidades de trabalho como estagiário, mais no final de curso.

E também, eu acho que tinha uma diferença financeira muito grande, acho que eu devia ser o mais pobre. Devia não, acho que eu era o mais pobre. Não que isso era uma coisa importante, mas eu tinha dificuldade de pagar dez pilas por mês do... da Associação de Turma, entendeu? Eu ficava sem pagar uns dois, três meses e as pessoas achavam que eu era pão duro, que eu era meio vigarista, imagino eu, né? Não sei o que pensavam!

Durante a faculdade, não se identificou com nenhuma disciplina ou assunto específico. Também não pactuava da prática, comum entre os acadêmicos da área da saúde, de “disputar pacientes”, como ocorre em hospitais de ensino, procurando, com isso, preservá-los de uma exposição excessiva.

Estudar tal coisa, os caras já vão assim, com gana, sabe? Tipo uma coisa muito de disputa que... bah!... eu já não tava muito afim... Eu não vou ficar aqui, me espremendo,... pra conseguir ver essa lesão, né? Com tanta vontade! E... também achava que era meio... pé no saco, às vezes ficar alugando os pacientes que estavam no hospital pra fazer anamnese.

Já no internato, com a oportunidade de praticar a medicina, foi delineando um pouco o seu perfil profissional, aproximando-se mais da clínica, da ginecologia e da pediatria. Na área cirúrgica, além de não gostar dela, nada encontrou que pudesse seduzi-lo para a sua prática: “A cirurgia era um pé no saco assim, porque era tudo cirurgições, entendeu? Os caras... grossos, se maltratavam... escravos, entendeu? Os caras,

grossos mesmo, bah!” Também pôde perceber sua aproximação com a área ambulatorial e um distanciamento da área hospitalar e dos plantões, que lhe pareciam um trabalho mecânico, sem discussões dos casos atendidos, e pouco intelectualizado. Além disso, tinha a sensação de estar sendo usado pelos residentes para “tocar serviço”.

Antônio se formou com a certeza de que precisava trabalhar: “Eu tava no limite... dos troco, assim. Eu não tava conseguindo mais me sustentar só com aquilo, entendeu?” Logo conseguiu emprego em um município do interior, para trabalhar com a Estratégia de Saúde da Família na área rural. Contratado temporariamente, com bom salário, permaneceu ali por apenas 45 dias. Percebendo os limites de atuação no município, em termos de estrutura, aproveitou a ocasião em que devia se apresentar no exército e resolveu mudar de cidade e de trabalho.

Assumiu como oficial e se responsabilizou pelo atendimento a cerca de 150 pessoas, no quartel. Se, por um lado, melhorou seu padrão de vida, e o trabalho era tranquilo, por outro, a falta de oportunidade para estudar o desestimulava. Além disso, tinha dificuldades com o regime hierárquico imposto no quartel e com a falta de flexibilidade gerencial:

[...] era uma vagabundagem, entendeu? Não é uma coisa que te estimulava também a estudar! [...] o nosso comandante era muito chato, sabe? Era meio... burrão! Se baseava muito na normativa do quartel, sabe? Aquela coisa do pessoal que não tem bom senso, né? Ele tinha o serviço dele. O serviço era pra bater às seis da tarde, não liberava ninguém pra ir embora... Enquanto ele não saía, não dava o toque de ir embora, não tinha muita... Tu não sabia se tu ia entrar no quartel e ia embora às cinco, às seis, ou às sete horas, entendeu? Porque dependia da boa vontade do cara, lá! Isso é uma coisa muito ruim no quartel, né? Te dá muita indignação!

Essa hierarquia era assim, essa falta de educação com a vida pessoal das pessoas. Eu acho que isso é um absurdo, de a pessoa não imaginar que a outra tem uma vida pessoal...

Antônio permaneceu nesse trabalho por um ano e, resolvida a questão financeira mais premente, sentiu necessidade de voltar a estudar. Decidiu fazer residência. Dentre as diferentes áreas, a medicina da

família e da comunidade se apresentou como uma perspectiva de aprendizado mais amplo e de prática predominantemente ambulatorial. Era uma especialidade ainda pouco conhecida e, por conseguinte, de fácil acesso.

[...] Daí, eu tinha um amigo que tinha falado dessa residência de medicina de família, daí eu disse: não! Mas encaixa: não é em hospital, é ambulatorio, estuda de tudo, eu não vou ter que estudar só uma coisa. Eu achei uma possibilidade maior de eu aprender alguma coisa. Também não era um dos mais difíceis de entrar, né?

Ingressou na residência e gostou muito: “O primeiro ano da residência, foi... acho que um dos melhores da minha... das nossas vidas, minha e de mais dois colegas.” Encontrou pares, fez amigos, trabalhou em equipe, construiu e implantou propostas de trabalho, encontrou-se profissionalmente.

Além das habilidades técnicas, ele começou a perceber o seu refinamento profissional: “Eu consegui desenvolver boas habilidades, principalmente de criar vínculo e conseguir não ser meio apavorado, sabe?” Teve oportunidade de fazer uma experiência mais positiva em ambiente hospitalar e identificou-se com a terapia de família.

Terminada a residência, decidiu atuar como médico de família. Num mercado em franca expansão e de bons salários, foi trabalhar num município do interior, juntamente com mais três amigos, para implantar a Estratégia de Saúde da Família. Para eles, o trabalho foi muito bom. Praticamente organizaram toda a assistência básica à saúde à luz da experiência na residência. Mudaram a atenção à saúde no município e viraram um exemplo nacional. Foi uma oportunidade de concretização de propostas e de realização profissional.

Antônio trabalhou nesse município por quase três anos. Saiu de lá devido às interferências constantes dos superiores da secretaria de saúde na organização dos serviços locais e devido à pouca possibilidade de diálogo. Pediu demissão e, sem emprego certo, foi viajar. Durante a viagem, foi chamado para assumir como médico de família, concursado em outro município.

Nesse município, ele trabalha desde 2005, numa unidade da saúde maior, com cinco equipes de saúde da família, boa estrutura física e bons equipamentos, e ali teve sua experiência como gerente. Até a finalização desta pesquisa, ele ainda estava trabalhando nessa unidade, mas

está procurando novas perspectivas de vida e de aprendizado: em outro país, outra área de trabalho, outro curso.

4.1.3 Júnior

Júnior é um paranaense criado em Santa Catarina, tem 30 anos, duas irmãs e é solteiro. Busca o aperfeiçoamento técnico constante, é bom médico, questionador, e gosta de usar bons argumentos. Ele é preocupado com a qualidade dos serviços de saúde e com as condições de trabalho nessas unidades e sabe usar a força da articulação profissional para conseguir melhorias nesse sentido.

Júnior é filho de professor: vem de uma família que valorizava o estudo dos filhos. Estudou em colégios privados e sempre teve bom desempenho escolar. Embora se considerasse um pouco tímido na juventude, tinha um bom círculo de amigos.

Enquanto estava em dúvida entre engenharia e medicina, sua escolha foi estimulada por um grande amigo:

[...] no segundo ano, eu tive um primeiro contato, através de um grande amigo que estava fazendo medicina. Ele me convidou pra conhecer a faculdade de medicina. Eu fui lá, assisti a uma aula e me encantei, ele fez uma super propaganda.

Além do incentivo do amigo, também considerou o “reconhecimento social... financeiramente... também”.

Ainda muito jovem, aos 16 anos, passou no vestibular e pôde perceber, imediatamente, o valor social da medicina: “Minha agenda era lotada assim, tipo... e só mulher... É... eu conheci algumas antes e daí conheci ela...” Como passou para a turma de agosto, aproveitou o primeiro semestre como se estivesse de férias: namorou, ampliou a vida cultural e deu aulas particulares.

Júnior se identificou com o curso de medicina, inclusive com a parte hospitalar:

[...] eu lembro que foi uma dificuldade... eu não sabia se eu ia gostar e tolerar essa questão de hospital... de cuidar das pessoas. Eu lembro que, quando era pra ir pro hospital, eu me angustiei muito... Mas acho que eu superei... super bem. Gostava...

Procurou fazer bem cada disciplina, sempre preocupado com a boa qualificação profissional. Gostava da clínica e do contato com o paciente, por isso fez provas para residência em clínica médica e para medicina da família e da comunidade, e passou na segunda. Entre as áreas da medicina, ele prefere a clínica:

Bem, é... eu achava que as outras especialidades talvez não tivessem um contato direto com o paciente... e... a questão técnica, também. Por exemplo, cirurgião, tá, o cara é bom pra operar, mas não sei se precisa estudar muito pra ser um grande cirurgião. Eu tinha essa ideia de ter um reconhecimento, não tanto financeiro, mas um reconhecimento dos pacientes. Esse era meu objetivo maior: ser bom tecnicamente. Que os pacientes olhassem e me dissessem isso. [...] Médico mesmo é o clínico, que pensa mais...

Gostou da residência, aproveitou cada experiência, sempre preocupado com a qualificação profissional. No primeiro ano, entrou em contato com o controle social e, embora gostasse do ambulatório, achou que o trabalho técnico “caiu na mesmice”. No segundo ano, teve a oportunidade de realizar a prática hospitalar e a aproveitou ao máximo, pois sabia que no futuro precisaria desses conhecimentos. Para ele, um bom médico tinha que ter uma boa noção de tudo: clínica, emergência, internação e procedimentos cirúrgicos:

O hospital inteiro era nosso: a clínica, a cirúrgica, a ginecologia, a obstetrícia, a pediatria e a emergência também. Só os residentes de medicina de família tocavam o hospital inteiro. É um hospital lindo, lindo, lindo... era maravilhoso!

Com a prática, foi perdendo a timidez, melhorando a relação interpessoal e refinando o contato com os pacientes:

Foi determinante, mas eu nunca fui... eu não sou aquele cara ultra extrovertido, conversador... E eu acho que eu fui me moldando ao longo do tempo. Eu era bem mais tímido, mais introvertido, que sou hoje. Então o problema da interface era a timidez.

Eu aprendi, na propedêutica, que você... se o paciente dizia que tava com dor, você tinha que dizer: “isso deve ser difícil para o senhor!” Você aprendia artificialmente a ser empático e depois, eu fui relaxando e vendo... que as coisas vão fluindo naturalmente. É assim que acontece.

Bem formado, foi logo aprovado para cursar o mestrado em saúde pública. Trabalhou durante cerca de cinco meses com contrato temporário, substituindo médicos faltantes na rede de saúde, para, em seguida, ser efetivado nesse município. Ingressou na mesma UBS onde trabalha até hoje, há cerca de seis anos, e onde teve sua experiência como gerente.

4.1.4 Manoela

Manoela é uma carioca de 35 anos, casada, esportista e objetiva, sabe o que quer da vida. Assumiu muitas responsabilidades desde cedo, quando compreendeu que precisava lutar pela sua independência e pela qualidade de vida.

Filha de uma família humilde, estudou sempre em colégios públicos, destacando-se pelo desempenho. Devido à separação dos pais quando ela tinha 14 anos, assumiu a organização da casa e contribuiu para a criação do irmão mais novo. Na adolescência, fez prova para a Escola Técnica Federal, colégio muito disputado, no qual conquistou uma vaga. Foi a grande mudança da sua vida. Aprendeu que havia outro mundo, maior e melhor, mas que precisava ser conquistado com esforço próprio. Ao ingressar nesse colégio, teve a sensação de liberdade, de conquista, de uma grande transformação em sua vida, que fê-la evoluir como mulher e ser médica, independente, gerente e dona do próprio destino:

Assim, eu... estudava numa escolinha pequeninha e, de repente, eu cheguei num mundo, numa federal de química, que tinha uma piscina olímpica, que tinha toda uma infraestrutura, tinha laboratórios, e a gente fazia prática com tudo mesmo, uma infraestrutura que eu nunca tinha visto. [...] Na verdade, se tem alguma coisa que me marcou foi sair daquele... daquela coisa. Ali eu pude ver que eu era... eu era bem dona da minha vida. E isso não foi na faculdade, isso foi na escola técnica.

Eu comecei a ter contato com pessoas que faziam coisas completamente diferentes e que estudavam. Vi que uma pessoa poderia crescer pelo esforço próprio.

Ali,... a coisa tava muito clara que tava na minha mão. Tais entendendo? Fosse passar pra medicina, fosse, sei lá, fosse virar astronauta. Ali eu tinha... eu já tinha chegado até ali... sabe?... Ali, eu acho que eu virei um pouco... Ali, eu entendi que aquele discurso: “Ah, eu não tive chance, não deu, meu pai me tolheu e não...” Ali eu vi que, que talvez isso funcione para algumas pessoas, mas pra mim, um discurso que “eu não”, “não sou muito dona da minha vida”... Eu tenho um certo problema com vitimização, tá entendendo? E ali eu vi que a vida é muito grande... “Vamos, vamos tocar que vai dar certo.”

Como havia uma tendência de todo aluno de química da Escola Técnica de fazer vestibular para a faculdade de Engenharia Química, ela seguiu esse caminho. Passou no vestibular, mas não assumiu a vaga na faculdade: resolveu fazer medicina. Queria melhorar o padrão de vida, e a medicina, embora já menos valorizada, representava essa oportunidade:

Aí, eu pensei assim: “ai, engenharia que não quero, né? O que eu vou fazer, o que pode me dar uma...” Eu tinha uma certa preocupação com o mercado de trabalho, né? Já tinha tido muito dureza até lá. Eu queria... na verdade, eu queria ascender um pouco. O que é que eu vou fazer? Então, vou fazer medicina. Por mais, naquela época, já se falava muito mal, que mulher não tinha muito espaço, que o médico já era um mendigo, eu pensei assim: “não, talvez não seja tão assim, talvez ainda dê pra...”

Durante o curso de medicina, trabalhou como bolsista de pesquisa em um laboratório de enzimas, onde criou um bom círculo de amizades, que perdura até hoje. Não se identificava muito com os colegas de turma, talvez porque percebesse uma enorme diferença social.

Na verdade, olha só, os caras saíam pra fazer um programa, que era duzentos paus a noite. Eu tinha

que trabalhar o mês inteiro pra ganhar duzentos paus! Então... pra mim não rolava, tá entendendo? Então, eu nunca fui da... [...] A galera boa era a galera que tinha dinheiro e que não sei o quê. Tinha gente, tinha aluno na minha turma, que chegava de BMW [...]. Então é muito elitizado. As pessoas que conseguem passar, assim 80% da turma, é da elite. [...] Então, nunca... na minha turma, eu nunca consegui penetrar. Eu andava muito mais com o povo dos outros cursos, que moravam perto da minha casa e que faziam os programas que eu fazia, do que com aquele povo. E também nunca fiz questão deles.

Cursou a faculdade e via a possibilidade de uma possível especialidade em cada disciplina, até chegar à conclusão de que não queria ser especialista. “Eu acho que eu não quero ser especialista. Eu quero uma coisa assim, eu quero uma coisa... eu quero conversar um pouco mais com as pessoas...” Também não queria trabalhar com plantões hospitalares, sentia-se como um peão numa linha de montagem, produzindo em série:

E eu já sabia que meu lance não era plantão... não era ficar atendendo baleado. A gente trabalhava num hospital e... a cidade já tava me enchendo, a violência. Eu queria ir pro interior, uma vida mais tranquila, uma remuneração melhor, um trabalho que eu pudesse ter mais contato com as pessoas, que não fosse aquele negócio de ficar no plantão prescrevendo receita. Eu trabalhava numa sala de sutura, era praticamente uma produção em série. E eu queria uma coisa diferente daquilo. E o salário era horrível. Era estágio. Era estágio complementar. E o salário...

Ao se formar, teve uma certeza: precisava trabalhar para melhorar sua qualidade de vida. Em um mercado em franca expansão, conseguiu emprego com muita facilidade e foi trabalhar em outro estado, num município do interior, com contrato temporário e um bom salário. Permaneceu nesse município pouco mais de um ano e saiu devido a interferências políticas no trabalho. Mudou-se para outro município, onde trabalhou na ESF e saiu depois de três anos, pelo mesmo motivo. Numa terceira cidade, trabalhou na área rural durante um ano, até passar em um

concurso realizado em outro município, onde assumiu em uma UBS, há cerca de três anos, e da qual ainda é gerente.

Especializou-se em Medicina da Família e da Comunidade, numa oportunidade em que o Ministério da Saúde financiou várias especializações no Brasil. Trabalhava durante a semana e estudava às sextas e aos sábados. Identificou parceiros e aprendeu um pouco mais sobre a ESF: “Gostei. Poxa, na verdade ampliou uma ideia que eu, meio que já tinha, né? [...] Me deu um pouco mais de ferramenta pra... entender, até, o que eu fazia, e ver que as pessoas eram mais parecidas comigo.”

Atualmente, tem pensado em continuar os estudos, talvez uma especialização em dermatologia, ou talvez na área do direito, para chegar à promotoria.

4.1.5 Marcelo

Filho de uma família de classe média, Marcelo teve uma vida estável e tranquila, estudou sempre em colégios privados, foi bom aluno, questionador, calmo e reflexivo. Aos 31 anos, é um jovem experiente. Gosta de se empenhar no trabalho e suas ações são sempre bem fundamentadas e sistematizadas. Depois de conversarmos horas e horas, fiquei com a sensação de que ele ainda tem muito mais a dizer.

Marcelo sempre teve facilidade para o cálculo. Ele adora computação e, de vez em quando, ainda se questiona se não deveria ter escolhido a área de ciências exatas. Inteligente, aproveitou suas habilidades para sobressair-se entre os pares. Porém, teve dificuldades para definir uma profissão: “Na verdade, hoje, olhando pra trás, eu acho que aos 16, 17 anos, decidir uma profissão, para qualquer um, é um chute no escuro.” Foi descartando possibilidades e decidiu fazer... pediatria! Em parte, atraído pelo mercado de trabalho:

Quando eu fui pensar o que fazer, eu pensei: “Pô, mas computação não é bem isso. Computação é sentar pra fazer um programa, não é mexer com joguinho, não é coisa de... É uma outra coisa”. Então eu pensei que talvez eu não goste disso. Fui pensar em outras coisas até hoje me questiono porquê. Eu acho que poderia, talvez, ter feito engenharia, também era uma grande dúvida minha, talvez.

[...] Eu não sei, exatamente, porque acabei me inclinando pra medicina. Talvez porque acabei fixando essa ideia de talvez fazer pediatria.

Talvez... tenha vinculado um pouco a questão de pensar de fazer pediatria, mas eu entrei com essa ideia na cabeça, quando eu fui pra universidade. Claro que um pouco atraído, também, talvez pelo mercado de trabalho.

Embora ele se questione até hoje pela escolha feita, sente-se realizado e é muito atuante na área. No entanto, pondera que, apesar da dúvida persistir, acabou se acostumando com a profissão: “Por que assim a gente vê, a gente acaba vendo poucas desistências de faculdade, de a pessoa começar a fazer uma coisa... e acabar desistindo. Então eu acho que na realidade nós, seres humanos, somos muito adaptáveis”.

Já na faculdade, gostou do curso, fez bons amigos e teve bom desempenho. Mas logo sentiu o ritmo puxado dos estudos: “A terceira fase foi uma bem puxada. Eu peguei mononucleose, na época. Até por conta do estresse e muita prova, muita coisa”.

Questionador, ele critica a organização do currículo escolar, considerando-o desarticulado com a prática e sem um encadeamento adequado das disciplinas. A disciplina de saúde pública era considerada uma disciplina secundária e pouco atrativa. “Era uma disciplina isolada no semestre, que trabalhava algumas questões dos SUS de forma superficial. Tu saía sem realmente conhecer o que é SUS.” Como era bom de cálculo, gostou da bioestatística.

Na sexta fase, teve seu primeiro contato com a atenção primária à saúde, através de um estágio extracurricular em uma UBS, e gostou da experiência: “Durante seis meses eu fiquei lá, fazendo estágio. Foi um estágio maravilhoso, ótimo. Uma das boas lembranças que eu tenho da faculdade”. Essa boa impressão se repetiu novamente durante o internato. Se, por um lado, começou a se identificar com a medicina da família e a se aproximar da clínica, por outro, distanciou-se cada vez mais da área cirúrgica, onde as suas experiências não foram positivas:

[...] na metade da faculdade, tivemos técnica operatória, que até hoje, conversando com os alunos que fazem estágio comigo, continua no terrorismo com os alunos.

Então isso só reforçou a minha aversão à área cirúrgica, reforçou ainda mais pra eu ficar na clínica... [...].

Mantinha a decisão de fazer pediatria, que não deixava de ser uma prática de clínica geral. Ainda inexperiente, no fim do curso, sentia

insegurança para lidar com pacientes adultos e idosos, políquelixosos, com comorbidades. As crianças, no entanto, geralmente tinham uma queixa única.

Porém, já casado, percebeu um mercado de trabalho em expansão e os salários atrativos e mudou de ideia. Adiou os planos de fazer residência e começou a trabalhar como médico de família, enfrentando os medos e deixando o sonho da pediatria para depois.

Então, eu pensei: “Ah... Vou mudar meus planos, vou pra lá trabalhar um ano... Ganhar experiência como... clínico geral”. Na época, nem se falava... nem tinha essa noção clara do que era atenção primária, o que tinha de fazer... Então... aconteceu que eu fiz isso, me propus a fazer isso: vou lá trabalhar um ano e depois, no outro ano, me preparo e faço pediatria. Bom, fui pra lá, comecei a gostar do que eu fazia. Na época, estavam implantando o PSF [Programa de Saúde da Família].

Começou a trabalhar no interior, de posto em posto, sem treinamento para atuar na ESF. Aprendeu fazendo, inventando, arriscando, descobrindo. Trabalhou em equipe, tentou planejar, organizar a agenda do médico, formar grupos e visitar domicílios. Aproveitou oportunidades, teve experiência com docência e em um centro de referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sempre no mesmo município.

Especializou-se em medicina da família e da comunidade enquanto trabalhava. Gostou do curso, mas achou que os conteúdos foram pouco práticos.

Em termos técnicos, a abordagem é sutil nas diversas áreas. Tanto é que eu não tive contato com coisas que a residência trabalha com um médico de família... do tipo: abordagem centrada na pessoa, genograma, muito superficialmente, essas coisas... Não teve, assim, um aprofundamento técnico em cada área. Então eram coisas mais de ordem... coletiva, uma coisa de territorialização e tal. Não tive grandes dificuldades porque, enfim, a gente já meio que fazia isso, antes mesmo da especialização [...]

Identificou-se com a medicina da família e da comunidade e aprendeu a lidar com adultos e idosos. Gostou dessa especialização, mudou os planos e resolveu permanecer nessa área.

Não que isso fosse o principal, mas eu vou me matar dois anos trabalhando pros outros... e vou ganhar menos do que eu tô ganhando aqui. O que eu gosto é trabalhar com ambulatório e fazer puericultura... que é ter criança em ambulatório. Era o que eu queria fazer no Hospital Universitário. Não gosto de trabalhar em emergência, nem enfermária... Como isso eu já faço na atenção primária, então o que eu gosto na pediatria, eu faço aqui também. Por que eu vou fazer dois anos de residência pra fazer uma coisa que eu já tô fazendo aqui? Então eu vou continuar trabalhando com isso. Eu gostei, criei uma afinidade. Eu gostava de fazer grupo, gostava de fazer visita domiciliar.

Após trabalhar três anos num mesmo município, fez concurso e assumiu como médico de família em um município maior. Percebeu a melhoria na estrutura e nos salários. Trabalha na mesma UBS até hoje (há seis anos), onde é gerente. Nesse meio tempo, teve uma experiência de cerca de seis meses como gerente de nível intermediário, atuando articuladamente com o nível central da secretaria.

4.1.6 Sofia

Carioca, filha de engenheiro, irmã de engenheiros e administradores, teve uma vida relativamente tranquila e sempre estudou em bons colégios. Mais madura do que os demais entrevistados, aos 42 anos, ela é casada, conhece muito bem a rede de saúde, tem clareza do seu papel como gerente e toma decisões com tranquilidade. Nela, redescobri a médica, encontrei uma gerente. Durante nossa entrevista, impressionava-me com sua serenidade, a clareza com que narrava os fatos da sua vida e a médica que estava diante de mim.

Sofia identifica em si mesma influências profissionais na área administrativa, que recebeu do pai, um grande administrador, e dos irmãos. Na área médica, tinha um tio que lhe chamava a atenção por suas atividades filantrópicas. Além desses familiares, havia padres e freiras a quem admirava, todos dedicados à questão social. De forma especial, lembra do seu tio, padre e padrinho:

O meu tio que é padre... ele é extremamente humano, chega a me dar emoção quando eu falo dele. Porque eu... eu aprendi a ser humana com ele. [...] Era o se doar. Ele passou a vida inteira se doando ao próximo. [...] Ele deixava um rastro de muito carinho, de muita devoção, de muito amor com as suas comunidades. [...] Ele me ensinou muito da vida dele, da parte cristã. Eu tenho um lado cristão muito forte, que eu aprendi com ele. Isso sempre rege a minha vida. [...] Isso eu aprendi com ele. Ele é um marco muito importante no meu caráter, na minha atividade, na minha perseverança, na minha dedicação, sem esperar reconhecimento.

Desde pequena, tinha um comportamento curioso: gostava de lidar com doenças, cuidar dos amiguinhos doentes, fazer curativos. Tinha uma curiosidade biológica extrema:

E o fato de, criança, eu querer dissecar uma lagartixa, já... era um lado ali... Eu fazia isso direto, ensinava aos meus irmãos o que era o coraçãozinho da lagartixa... Eu já tinha isso muito dentro de mim. Eu dissecava sapinho quando eu tinha dez anos de idade, abria, via o pulmão do sapinho, o rim.

Eu nunca aprendi isso no colégio. Já era meu, isso. Então, tava muito no sangue. Então, realmente eu me vejo assim: eu sou médica por vocação, porque eu não consigo ser outra coisa. Não consigo.

Esportista e atlética, chegou a cursar um ano de Educação Física. Nesse período, as disciplinas de anatomia, fisiologia, histologia, entre outras, chamavam-lhe a atenção. Paralelamente, teve a oportunidade de ir ao hospital, estimulada pelo namorado. Adorou o que viu, percebeu suas habilidades interpessoais e decidiu que queria ser médica.

Foi o primeiro contato... o tato com a pessoa... eu tenho muita facilidade de criar vínculo com as pessoas. E eu lembro que, na primeira vez que eu fui na maternidade, tinha uma gestante berrando, gritando, e eu, na mesma hora, peguei na mão

dela. Foi uma coisa instintiva. Eu peguei na mão dela...

Eu não entendia nada. Eu nem tinha passado prá Medicina, ainda. Ainda tava fazendo cursinho. E eu peguei na mão dela e falei: “Olha, fica calma que vai dar tudo certo”. E eu não consegui sair de perto dela enquanto o neném não nasceu. Nossa, eu amei aquilo tudo. Então eu falei: “É isso aqui que eu quero”.

Na faculdade, fez parte de uma turma homogênea, reencontrou amigos do secundário, todos muito jovens. Estudiosa e dedicada, passou por vários ciclos: ginecologia, clínica, cirúrgica e assim por diante. Soube aproveitar as oportunidades de aprendizado e buscou outras mais. Durante as férias, estagiava continuamente no hospital:

Então... ali eu aprendi a fazer muito medicina. Eu aprendi na porta, ali chegava urgência, mas chegava muita clínica, naquela época não tinha pediatria no hospital, a gineco estava recém-inaugurando. Então entrava tudo prá cirúrgica. Tanto clínica, como pediatria, e ali eu aprendi muito. E ali também eu acompanhei a proctologia. Eu fiz dois anos, acompanhando um proctologista.

Fez estágios em São Paulo, no Rio de Janeiro e até nos Estados Unidos, em uma área superespecializada. Aproveitou tudo. Com tantas experiências e oportunidades de contato com a prática, não conseguia se definir por uma área de atuação:

Eu gostava de tudo. Eu não tinha uma coisa assim: “Ai, eu só gosto de cirurgia. Eu só gosto de clínica. Eu só gosto de gineco. Eu só gosto de pediatria”. Por isso que... eu me nomeei como uma médica generalista. Porque aí eu tive a visão do que era um médico generalista. Ele tinha que gostar de tudo. E eu gostava de tudo. Eu não conseguia escolher.

Assim que se formou, antes de se decidir por uma especialização, recebeu uma oferta de emprego na rede municipal, em uma UBS. Adorou o trabalho e adiou a residência:

Eu conhecia São Paulo, a medicina de São Paulo, a medicina privada do Rio, daqui, e eu adorei trabalhar ali, naquele lugarzinho pequenininho. Gostei de tudo, amei a população... o carinho que eles têm pelo médico. Criei um vínculo impressionante com eles.

Sofia começou o trabalho sem preocupações, pois se sentia muito bem preparada. Não tinha medo de que aparecesse alguma emergência, pois sabia o que fazer. Por outro lado, sentia falta da resolubilidade que era possível no hospital. Como não se decidia por uma especialização, acabou fazendo concurso público para o município e continuou trabalhando na mesma comunidade. Anos mais tarde, decidiu-se pela saúde pública: “Então... acabei gostando de saúde pública e fiquei. Não fiz residência... tá? Não por falta de chance, não por falta de nada. [...] Então, eu fui ficando anos e anos, fui estudando como médico generalista”.

Ela adquiriu o título de especialista em clínica médica e em medicina da família e da comunidade, através das provas junto à sociedade médica de cada área. Mais tarde, trabalhou em outras unidades, até ser transferida para a unidade onde é gerente até os dias atuais.

4.2 Ser médico da família e da comunidade: um agente de mudanças

Para compreender a experiência de médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde (UBSs), foi necessário, primeiro, conhecer o significado de ser médico. Quando se tornaram gerentes, esses médicos levaram consigo as suas experiências técnicas, seus sonhos, sua visão de mundo.

Médicos, segundo o dicionário *Aurélio*, são aqueles que exercem a arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar doenças (FERREIRA, 1986). Como era a experiência de ser um médico de UBS? Onde trabalharam, como era o seu dia a dia e o que eles faziam? Quais foram os temas estruturais dessas experiências? O que significou ser médico de família e de comunidade, nas experiências desses médicos?

Para buscar esse entendimento, precisei percorrer várias vezes suas trajetórias de vida até se tornarem gerentes. Buscava os fatos mais marcantes, os elos e os fatos mais significativos dessas experiências. Inicialmente, identifiquei um cenário muito peculiar, cheio de desafios e oportunidades.

Esses médicos entraram para o mercado de trabalho quando este se encontrava em um momento de grande expansão. Foi na época em que o Ministério da Saúde elegeu o então Programa de Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para implantar a Atenção Primária à Saúde (APS) no país e impulsionar mudanças no modelo de atenção à saúde, caracterizado pela especialização do cuidado e centrado no atendimento hospitalar. Essa decisão foi acompanhada de incentivos financeiros que produziram resultados imediatos. Prefeitos e secretários de saúde do país inteiro se mobilizaram para implantar o programa, como resposta às pressões sociais pela melhoria do sistema de saúde, e na expectativa das eleições que se aproximavam. Os médicos percebiam esse movimento e procuravam as melhores oportunidades de trabalho:

[...] E de 98 pra frente é que começou a crescer um pouquinho. Em 2000 foi o *boom*... foi época de eleições municipais. Então tudo que era município pequeno implantava o PSF, porque traz uma carga de profissionais enorme. Era... campanha política. E chegou a tal ponto que, assim, o mercado de oferta de emprego era muito superior ao de médicos disponíveis. [...] E ligaram na minha casa... oferecendo trabalho. Chegava a esse ponto [...] (Marcelo).

[...] veio uma proposta de uma cidadezinha do interior. [...] daí ela assim: “O negócio é o seguinte, é CLT, a gente tá iniciando o PSF, o salário melhor de todos.” [...] Ela falou assim: “precisam de dois, três médicos”. Daí eu falei: “e se eu conseguir os outros médicos?” Ela falou: “Tá, beleza!” Pra ela ficou tri, né? [...] A proposta era legal. [...] Então a gente foi três, três! Três não, foi em quatro! (Antônio).

O mercado de trabalho na APS, eminentemente público, se expandiu, e os salários se tornaram competitivos e atraentes. Porém, como os mecanismos de contratação através de concursos não eram tão ágeis, proliferaram-se os contratos temporários, de curto prazo, que não permitiam a fixação dos profissionais nos municípios. Alguns deles trabalharam em mais de uma cidade, mudando em busca de qualidade de vida, realização profissional, estabilidade no emprego e salários:

[...] Eu pensei: não, vamos... a gente já entulhou tudo, não é a primeira vez. Nós mudamos oito vezes de casa, até à casa que a gente tem agora. Essa é própria, é a que a gente tá fazendo, com tudo o que a gente quer, mas foram sete antes desta [...] (Manoela).

Foi uma época de muitas oportunidades de trabalho e também de fomento à formação de profissionais. Para atender à necessidade de um perfil profissional diferenciado e pouco disponível no mercado, vários cursos de especialização foram oferecidos pelos organismos públicos. Em alguns casos, o adiamento do curso de residência, em função do trabalho, foi rapidamente compensado: “[...] Eu comecei lá trabalhando em 2000. Eu fiz a especialização, foi, em abril de 2001. Na época que eu fiz, era às quintas à tarde e às sextas, o dia todo” (Marcelo).

Se o mercado e os salários eram atraentes, a missão desses profissionais era ainda maior. Buscava-se reverter um modelo de atenção à saúde sedimentado secularmente. Tanto os profissionais, como as organizações, e até a população, estavam cultural e tecnicamente alinhados àquele modelo. No novo modelo, as UBSs deveriam se tornar a principal porta de entrada para o sistema de saúde, e ali se deveria resolver a maior parte dos problemas de saúde de uma dada população, tanto os individuais, como os coletivos.

Nesse ambiente de oportunidades e de desafios, os nossos atores entraram em cena. Corajosos, não se intimidaram, e iniciaram uma jornada que os levaria a vários municípios e a várias unidades. Conversando, clinicando e reunindo pessoas, praticaram uma nova forma de serem médicos. Acessíveis, atuando em equipe multiprofissional, discutindo a saúde individual e a coletiva, atuaram como soldados em um campo de batalha. Encontraram obstáculos, organizaram-se e amadureceram. Era uma especialidade nova, ainda pouco conhecida. Atuaram como pioneiros e, trabalhando, descobriram o que significava ser médico da família e da comunidade.

Na procura desse significado, precisei ler várias vezes suas histórias. Identifiquei alguns núcleos de significado, ao mesmo tempo em que se individualizaram vários detalhes que caracterizaram cada uma das experiências. Essas experiências foram marcadas pela visão de mundo de cada sujeito, pela sua percepção em relação à realidade, pelo momento e o contexto histórico em que as experiências ocorreram.

Somente após a leitura direcionada dos textos (VAN MANEN, 1990), foi possível me aproximar dos temas mais centrais dessas

experiências e compreender os seus significados. Esses núcleos de significado podem ser organizados em cinco grandes temas:

- ser médico e atuar sobre problemas de saúde individual e coletiva;
- o médico como um agente de mudanças;
- trabalhar em comunidades carentes;
- conviver com a política; e,
- a difícil realização profissional.

Esses temas não são estanques. Eles contêm núcleos de significado que se intercambiam e se misturam na identidade do médico da família e da comunidade na prática.

4.2.1 Ser médico e atuar sobre problemas de saúde individual e coletiva

Através da trajetória de vida dos médicos entrevistados, pude observar que eles foram se identificando de maneira espontânea com algumas áreas de atuação da medicina, delineando um perfil profissional motivado a escolher uma especialidade comum: a medicina da família e da comunidade. O desejo de ver o indivíduo como um todo, de realizar uma prática médica mais generalista e de ter contato com os pacientes foram determinantes para a definição profissional destes médicos: “Eu gostava da clínica [...] do contato com o paciente” (Analise). “Eu acho que eu não quero ser especialista. Eu quero uma coisa assim, eu quero uma coisa... eu quero conversar um pouco mais com as pessoas [...]” (Manuela). “Porque aí, eu tive a visão do que era um médico generalista. Ele tinha que gostar de tudo. E eu gostava de tudo” (Sofia).

Esse perfil correspondia ao antigo clínico que atendia as crianças, os jovens, os adultos e os idosos, tanto em seus consultórios, como em domicílios, orientando, tratando e aconselhando-os. É o médico geral, que ressurge resignificado, recontextualizado, como médico da família e da comunidade. Um médico capaz de fazer promoção, prevenção e tratamento de saúde, mas direcionado também para a coletividade. Um médico preparado para atuar em todos os determinantes do processo saúde e doença (biológico, psicológico e social). Um médico que conhece o contexto familiar e social dos pacientes e se insere nele, que procura atuar sobre eles positivamente, estimulando a melhoria da saúde dos indivíduos e da comunidade onde eles vivem. Um médico ciente de que, para cada indivíduo, cada família e cada comunidade há uma abordagem, uma orientação, uma estratégia de intervenção específica.

Nos relatos dos médicos entrevistados nesta pesquisa, pude identificar um conjunto de habilidades e conhecimentos que são fundamentais para a solução de problemas individuais e coletivos:

- a) utilizar os conhecimentos clínicos e epidemiológicos;
- b) comunicar-se com a população;
- c) estabelecer vínculos com os usuários; e
- d) trabalhar em equipe.

4.2.1 1 Utilizar os conhecimentos clínicos e epidemiológicos

Para a sua atuação prática, os médicos da família e da comunidade entrevistados precisaram de conhecimento clínico bastante amplo. Para conseguir atender a todas as faixas etárias, eles necessitam de formação nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia; necessitam saber atuar nos domicílios, em ambiente ambulatorial e às vezes até no ambiente hospitalar. A residência médica foi, para alguns, a melhor oportunidade de aprendizado:

[...] eu aprendi a fazer vasectomia... aprendemos a inserir DIU... Se bem que, no posto de saúde a gente fazia também. A parte de pequenas cirurgias também tinha. Eu acho que é importante, também, o médico de família poder fazer um treinamento de pequenas cirurgias... coisas comuns, comunitárias, coisas tranquilas (Júnior).

Cuidar, internar e tudo o mais, não teria nenhum problema quanto a isso. Parte de emergência, eu acho que o médico... bom... tem que ser muito bom na emergência também... e apesar de eu estar num posto de saúde... [...] (Júnior).

Para outros, foi o curso de especialização e a prática diária nas UBSs que os capacitaram. Esses médicos desenvolveram práticas que caracterizavam o trabalho do médico da família e da comunidade trabalhando e resolvendo os problemas. Eles desenvolviam atividades de promoção à saúde, de atendimento individual e coletivo, e realizavam visitas domiciliares. Quando necessitaram de aprofundamento teórico, estudaram em equipe e aprenderam.

Então, a minha interação comunitária começou ali. Sozinha. Descobrindo, criando vínculos,

fazendo... visita domiciliar, eu fazia direto, eu atendia direto. [...] Foi muito bom isso aí. Isso aí... eu descobri a saúde comunitária já trabalhando nela. Aí que eu fui descobrir, aí que eu fui pegar gosto (Sofia).

Aí... caí aqui de paraquedas, assim... Porque, na época, não tinha tido formação nenhuma pra isso, né? Mas quando eu vi a outra médica montando as equipes, começando os trabalhos de grupo, os trabalhos de equipe, saindo mais a campo: “Pô, isso aí já é o que eu faço! Só mudou de nome. Então, tranquilo. Pode me colocar em tudo isso aí, porque isso aí eu já fazia” (Sofia).

Os agentes também estavam começando a reconhecer o que era o trabalho deles. Sempre foi muito tranquilo, assim... a troca mútua de informações. Apreendi muito com eles, também. Eles comigo. E a gente foi estudar junto o que era isso, né? Nós fomos atrás das informações juntos. E fomos descobrindo em conjunto. Então os agentes que eu tenho hoje, aqui, são os mesmos ainda de quando eu descobri o que era... Saúde da Família. Então a gente... a gente se descobriu junto [...] (Sofia).

Em suas práticas diárias, atenderam pacientes com casos agudos; mas, predominavam os crônicos. Inicialmente apreensivos, alguns dos médicos enfrentaram situações que seriam posteriormente corriqueiras em suas vidas profissionais:

[Eu tinha] um pouco de receio, talvez por ser recém-formado, de atender algum idoso, pessoas com hipertensão... diabetes, com várias comorbidades... Criança, eu tinha aquela percepção de que geralmente vem uma queixa única da criança... Ou tu tá fazendo puericultura ou tá atendendo um problema, é uma queixa isolada, na grande maioria das vezes.

Difícil a criança ter várias comorbidades. E o adulto não, já é uma coisa mais complicada (Marcelo).

As condições crônicas se caracterizam por serem insidiosas, de longos períodos de evolução, de manejo delicado e que podem coexistir em um mesmo indivíduo, como é o caso da diabetes e hipertensão, ou da AIDS e tuberculose. No contexto nacional do momento, caracterizado pelo envelhecimento progressivo da população, elas tendem a apresentar uma prevalência progressiva na população e a serem as maiores causas de procura por UBSs.

Os médicos souberam, também, correlacionar riscos, identificar causas comuns e propor estratégias abrangentes:

Paciente meio tristonho, tal... pressão alta. Quanto tempo faz que o senhor tá aqui? Dois meses, três meses, dois anos, um ano, menos... e daí eu fiquei muito ligado nessa coisa, assim, da migração. [...] Daí eu tava muito... muito... sensível a isso, né? Essa questão da migração, né? Então eu comecei a dar uma lida, até pensei em fazer um projeto. Fiz um grupo de... de veteranos, [...] que era só homem! (Antônio).

Bah! E... Então assim: eu tenho certeza que no primeiro ano, se eu não tivesse o grupo, acho que vários idosos que tinham morrido. Gente que mudou meio a contra... pra não ficar longe dos filhos, que não estavam se encontrando... E assim, o grupo foi muito legal. Porque, as pessoas fizeram amizades, deu tempo pra eles se descobrirem, saber o que eles gostavam de fazer [...] (Antônio).

Eles sabiam que era preciso ficar atentos para os fatores de riscos na coletividade. Para identificá-los, utilizaram-se de informações sociais, ambientais, epidemiológicas e até geográficas. Era o médico atuando como um epidemiólogo e um planejador:

[...] conhecer esses dados que a comunidade tem. Como que eu planejo uma agenda se eu não sei qual é o volume de hipertensos, de diabéticos que eu tenho que atender, quantas gestantes, quantas crianças, quantas... ? A gente tinha que ter esse mapeamento pra poder, de alguma forma, ter uma proposta que eu conseguisse oferecer vaga pra gestante, pra criança, praquilo, né?! (Marcelo).

[...] eu fiz... eu peguei as microáreas nossas, ampliei os mapas, né? É... coloquei os marcadores... tudo, visando trabalhar em cima daqueles marcadores de um planejamento local... a nível de microárea. “O que nós vamos fazer nessa microárea pra diminuir esses marcadores, pra tentar trabalhar esses marcadores... [...]?” Alguma coisa a gente já chegou a fazer... já trabalhamos as gestantes adolescentes a nível de escola [...] (Sofia).

Para que pudessem ser médicos de família e comunidade, foi preciso saberem identificar os riscos à saúde mais comuns na população, tanto os individuais como os coletivos, e saber atuar sobre eles. Para isso, eles precisaram de conhecimentos tanto clínicos com epidemiológicos.

4.2.1.2 Comunicar-se com a população

Em sua prática diária, os médicos se comunicavam intensamente com as pessoas e com a coletividade. Sua linguagem técnica, rebuscada, por vezes representava um obstáculo à comunicação. Enquanto conversavam com as pessoas e se faziam entender, eles se modificavam:

Eu ainda falo em “fazer xixi nas calças”, em vez de falar “incontinência urinária” Eu acabei tornando o meu vocabulário... muito pouco médico, entendeu? Meu vocabulário é um vocabulário pra tratar paciente [...].

Eu acho que sempre foi esse o meu diferencial. Para falar com, as bases eu era bom...Eu acho! Eu falo... como um tradutor. Então isso é uma boa coisa, né? Tipo assim, eu sou um bom tradutor, acho que eu sou! E isso é bom, né? (Antônio).

O médico se apresentava mais acessível, mais próximo da população, mais disponível e preocupado com as pessoas:

E assim... a gente discutia. Os caras não estavam acostumados a discutir com médico, né? Tanto é que, isso, não sei se foi bom ou ruim, mas no começo foi bom. Porque a gente discutiu com as pessoas, a gente conversava com eles, com o

secretário da saúde, mais não sei quem, lá! Ah... com o prefeito (Antônio).

Na época, a gente fazia reunião na igreja, explicava como é que funcionavam as coisas, né? (Antônio).

4.2.1.3 Estabelecer vínculos com os usuários

A comunicação é um recurso crítico para criar vínculo com a população. O médico precisa de uma relação muito próxima e de confiança com a população. Os problemas sobre os quais ele precisa atuar demandam um bom vínculo, tais como a mudança de hábitos e práticas cotidianas como: parar de fumar, praticar exercícios físicos, usar preservativos em relações sexuais, cuidar do meio ambiente, organizar a comunidade, entre outras. Para isso, é necessário capacidade de persuasão, convencimento e motivação. Ele precisa conseguir mobilizar os indivíduos para a reflexão, buscando modificar seus comportamentos.

Segundo seus depoimentos, em seu dia a dia eles agiam com perspicácia. Cada um a seu modo, foram conseguindo se aproximar dos indivíduos, estabelecer vínculos com eles e, dessa forma, intervir positivamente em suas vidas:

E daí... e também esse negócio de tentar encontrar alguma coisa pra gostar do paciente, assim, um jeito, eu acho que... quando eu encontro, acabo desenvolvendo uma boa relação. Se eu não encontro, acabo dando uma mudada, né? (Antônio).

Eu costumo ter um relacionamento muito bom com os meus usuários [...] Então, eu sempre fui muito paciente, de tentar não tentar impor: “ah, eu quero que tu faça isso, isso, isso...” com os pacientes. Então isso, vamos dizer, a gente vai ganhando eles, assim, né? Você vai dando um... vai escutando, vai aos pouquinhos. Tu vai entrando na vida, aos pouquinhos tu vai mudando os hábitos... e isso é uma coisa que tem que saber trabalhar. [...] Assim, eu conhecia mãe, conhecia o pai, conhecia genro... entrava dentro daquela família... (Análise).

[...] Assim, eu acho bacana isso... quando os pacientes... quando tu consegue fazer alguma coisa pra mudar a vida deles, sabe? Quando uma ideia, que tu deu, funcionou. [...] Eu acho gratificante quando um paciente não adere às medicações, não faz nada direito e tu consegue, com muito esforço ali, chegar e fazer com que essa pessoa faça o tratamento. Que tu consegue compensar isso... Tu vai ter que falar pra ele... Eu acho bom assim, sabe? E outra coisa... é o meu trabalho, né? Alguém chega todo descompensado, de glicemia lá em cima, não usava a medicação, nada. E quando tu pega depois uma glicemia de 90... salvou, né? É uma coisa satisfatória (Análise).

Ser médico de família e comunidade significou, também, na prática desses sujeitos, saber se comunicar, estabelecer vínculos com a população e mobilizar comportamentos para mudanças.

4.2.1.4 Trabalhar em equipe

Atuar sobre os fatores de risco à saúde envolve múltiplos conhecimentos, o que exige a atuação de profissionais de diferentes áreas. As equipes da ESF são formadas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, que interagem com outros profissionais como nutricionistas, psicólogos, além de pessoas de outros setores como o da educação. Um médico de família não trabalha sozinho. O médico trabalha articuladamente em uma equipe. Na equipe, ele desenvolve suas competências específicas e contribui para o trabalho coletivo. Saber interagir com a equipe e somar esforços em direção a um objetivo comum é um recurso vital para o médico da família e da comunidade.

Em suas experiências, os médicos apareceram atuando em equipes multiprofissionais:

A gente era muito sinérgico, assim, sabe? Gostava, a gente se gostava muito. Então, assim... acho que aquele meio amor coletivo atraía as pessoas. Então, na época todo mundo falava na nossa UBS, invejando, por causa que a gente era meio... então a gente se gostava... É! Ficava fazendo muita propaganda, entendeu? (Antônio).

Ser médico de família e comunidade significou, na experiência dos sujeitos que participaram desta pesquisa, saber atuar sobre problemas de saúde individuais e coletivos. Para isso, eles precisaram mobilizar conhecimentos clínicos e epidemiológicos, comunicar-se, estabelecer vínculos com a população e trabalhar em equipe.

Esse conjunto de conhecimentos corresponde às descrições feitas pela Sociedade Europeia de Clínica Geral - Medicina Familiar (WONCA, 2002) e também pela Resolução CNRM Nº 05/2002 do Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 2003) para o conjunto de habilidades necessárias ao médico da família e da comunidade: ter capacidade para uma abordagem psicossocial do processo saúde e doença; atuar em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito individual e coletivo; planejar, desenvolver e avaliar programas integrais de saúde; atender com qualidade e ser resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde dos diferentes grupos etários; estimular a participação e a autonomia de indivíduos e das comunidades onde atua; ter capacidade de autoaprendizagem e desenvolver atividades docentes, entre outras.

4.2.2 O médico como um agente de mudanças

Ao ler as histórias dos médicos de família e comunidade envolvidos neste estudo, pude observar o caráter pioneiro das suas experiências. Eram jovens que entravam num mercado de trabalho em franca expansão, cheio de oportunidades, mas com um desafio enorme. Precisavam atuar no sentido de mudar práticas culturalmente sedimentadas, promover a mudança do modelo de atenção à saúde e melhorar o perfil epidemiológico da população. Eles passariam a atuar em equipes multiprofissionais, a desenvolver ações intersetoriais, a mobilizar a população para participar do planejamento local, entre outras ações, todas transformadoras. Isso não foi fácil para eles, mas eles estavam preparados para tanto.

Para o desempenho dessa missão, eles precisaram trabalhar em estruturas antigas e conviver com pessoal pouco qualificado, que atuava na lógica do “modelo antigo”. Era um ambiente a ser transformado. Também puderam perceber os investimentos que foram acontecendo e as mudanças nas estruturas locais. Foram pequenos passos, diante do imenso desafio cultural e das necessidades de infraestrutura complementar. As mudanças estavam apenas começando.

Pioneiros em um sistema de saúde a ser transformado, os médicos da família e da comunidade trabalharam em unidades funcionalmente desalinhadas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). “A gente não

trabalhava com PSF. Então eu queria trazer aquela minha experiência de PSF... porque Porto Alegre, mesmo sendo desorganizado... era PSF. A gente sempre trabalhou com PSF. Aqui não era PSF” (Analise).

Eles queriam fazer o planejamento e a territorialização, implantar o acolhimento, realizar trabalhos de grupo, fazer visitas domiciliares, organizar a demanda. Porém, em alguns casos, a realidade se mostrou bastante distante:

Eu comecei na unidade a partir do momento que eu passei no concurso. [...] Ah... era um posto de saúde menor que esse posto em que eu trabalho hoje... ele tinha somente duas equipes da saúde da família. E isso era muito conturbado, assim, porque a população, muito grande.. não tava organizada... nada organizado... o sistema de saúde, ali. E... uma população grande, pra poucos profissionais. Havia ... tinha uns dois, três meses, assim, tava sem médico na outra equipe, então tava muito tumultuado. Cheguei ali, não deu tempo de pensar muita coisa... era tocar ficha e ir atendendo... Não me sentia muito realizado, mas não dava tempo de pensar nisso, porque ia atendendo sem saber direito o quê que tava acontecendo. Então, o que tinha mais ou menos organizado era a saúde da mulher, que tinha um programa de gestantes, só. É... era muito pouco, muito insipiente. Tinha um grupo que tava desarticulado... de diabéticos, que, nessa época... eu só sabia que existia. Fora isso,... nada de PSF, visita domiciliar era difícil ter. Era só casos excepcionais mesmo... a demanda não era bem... o fluxo não era organizado, não era territorializado, ou seja, não era PSF (Júnior).

Funcionava mais ou menos assim: a minha enfermeira era a coordenadora, tinha outra enfermeira que... Nunca parava enfermeira, porque a coordenadora não deixava... não permitia uma outra enfermeira, sempre brigava, nunca parava uma enfermeira. Então tinha uma enfermeira para duas equipes, não tinha separado o cirurgião, não tinha a visita domiciliar, não tinha... É, não tava nada estruturado, assim, eu acho que, pelo fato de... era uma loucura, eu lembro de... Do excesso de demanda e acho que... de falta de visão também da...

coordenadora, assim, que era ultra, hiper, mega limitada... (Júnior).

Não... ameaçava, chegava e marcava milhares de pacientes, te escravizava no consultório, a... enfim, jogava alguns funcionários contra... fazia aquele, aquele joguinho... fazia de tudo pra que a coisa não acontecesse mesmo. Os agentes comunitários odiavam ela.

Eram vistos como estranhos... Chegava e dizia: ó... vocês não fazem parte do posto de saúde, vocês são... Tanto é que eles não entravam no posto. Mesmo quando eles eram obrigados a entrar no posto de saúde, eles assinavam a folha ponto fora do posto. Quando faltava qualquer coisa da Unidade de Saúde... quem roubou era o agente comunitário... Então, eles eram cobrados... tinha a cobrança... mas não tinha nada, nunca tiveram... o enfermeiro... (Júnior).

[...] Eu lembro muito bem que meu amigo médico, de outra UBS, falou assim: “Ó Júnior... ou você desiste de vez, ou você encara isso ali como um pronto atendimento que você vai ficar algum tempo...” E é isso aí, eu ia pra lá pensando assim: “estou no pronto atendimento”. E era assim que eu me sentia.

Reclamações direto, assim, dos pacientes... brigas homéricas... assim, na recepção... Enfim, era um... (Júnior).

Nesse caso, a unidade tinha uma demanda muito maior do que a oferta, e uma coordenadora despreparada para implantar a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Insegura e pressionada pela demanda, ela transformou a unidade em um verdadeiro Pronto Atendimento. O médico foi pressionado a atender pacientes em série, sem ter tempo para discutir casos, fazer grupos terapêuticos ou olhar para o território da unidade. Sentia-se escravizado no consultório. O clima institucional era muito ruim, e o trabalho em equipe, inexistente.

Mas, como ele foi preparado, conseguiu localizar os problemas principais e percebia o tamanho do seu desafio. Como atuar como um agente de mudanças, quando nem os seus superiores estão preparados para tal? Seria possível? O desafio era enorme. Havia muito que fazer.

Aos poucos, aproveitando oportunidades e fazendo uma grande rede de contatos, esse médico iniciou uma grande transformação nessa unidade.

Embora situações como essas fossem comuns, não eram a regra. Em alguns casos, os médicos encontraram uma situação mais estruturada, com iniciativas de organização ou com atendimento territorializado. Mas, de um modo geral, todos esses pioneiros enfrentaram algum tipo de situação bastante adversa, tais como pessoal pouco qualificado, equipes desestruturadas, ausência de protocolos de atendimento, estruturas deficientes e sobrecarga de trabalho. Quando conseguiam algum canal de comunicação, estavam prontos a contribuir. Nessas horas, sentiam-se valorizados, ao mesmo tempo em que sonhavam com as transformações que desejavam fazer:

Então a gente sempre conversava, sabe? Às vezes ela me pedia... Porque, como eu tinha residência... em PSF, em coisa assim, a gente conversava muito, eu, ela e o outro médico... A gente queria tentar mudar algumas coisas aqui na unidade. A gente queria tentar melhorar o atendimento... A gente queria ver se, pelo menos aqui dentro, a gente conseguia resolver as coisas, né? (Análise).

No seu trabalho como médicos de família, eles conviveram com técnicos sem capacitação para atuar na ESF. Eram técnicos já contratados pelos municípios e que foram sendo inseridos no novo modelo sem nenhuma capacitação prévia. Vítimas do próprio processo, alguns deles procuraram se capacitar, outros aproveitaram as oportunidades que apareciam para aprender na prática, trocando ideias, lendo e participando das reuniões de equipe. Outros, ainda, foram mais resistentes e, ao resistirem, criavam grandes obstáculos:

E aí essa... essa pessoa em questão, que foi a única que deu problema em toda a unidade. Ela levava, pro posto, uma listinha, como se fosse... um supermercado. Entendeu? Aí ela queria: “Ah, porque o meu marido usa amoxicilina há quatro anos. Porque ele usa não sei quantos bipoprofenos por mês. Porque ele usa não sei quantos paracetamol por mês”. E eu assim... “Não tô entendendo isso”. E veio com aquela listinha pra... pra eu fazer a receita.

Aí eu assim: “Não... Não vou fazer essa receita. Não vou fazer. Tu marca uma consulta pro teu

marido...”. Aí a gente vai ver [...] “Ah, porque a dra. Y é melhor!”, que era a outra médica da unidade. Eu assim: “Então tu vai e te consulta com a dra. Y”. E aí começou aquela coisa, entendeu? Porque aí tudo que ela chegava, eu assim: “Vamos marcar, vamos avaliar o teu marido, vamos ver...” Aí as gurias: “Não, ela quer uns remedinhos pra misturar com pó, porque os comprimidos são tudo branquinho e aí ela mói e dá pro traficante misturar com pó pra batizar o pó...” e não sei quê e pá-pápá... Eu assim: “Mas eu não vou compactuar com isso!”

[...] E quando começou esse problema, a gente chamou a gerência pra conversar. E a gerência fez uma reunião com toda a comunidade. E explicou o que era certo, o que não era certo, porque que a gente não ia fazer renovação de receita assim...

Não, não [melhorou]... só até eu entrar em férias. Quando... quando eu saí de férias, aí ela voltou a fazer todas as receitas de novo.

Não era médica de família. Ela era médica clínica... (Análise).

Enquanto os técnicos da ESF procuravam estabelecer vínculos com a população, estimular o autocuidado e ser criterioso na prescrição de medicamentos, essa médica comprometeu todo o trabalho da equipe e expôs ao risco os usuários. A médica de família se sentiu desestimulada e percebeu como era difícil mudar as práticas de atenção à saúde já estabelecidas. Como isso poderia ser possível? Iria ela continuar atuando lado a lado com essa médica, como se não houvesse nenhum problema? É possível mudar um modelo de atenção, convivendo com tantos profissionais que não seguem a orientação técnica? No entanto, ela precisava continuar tentando.

Trabalhar em uma UBS com ESF exige, dos técnicos, alinhamento de conduta clínica. A implantação de protocolos de atenção à saúde, não somente na unidade, mas em toda a rede de saúde, aparece como alternativa para homogeneizar a qualidade da assistência. Porém, a sua implantação não é fácil, exige uma grande pactuação entre os técnicos e muitas capacitações. O debate é grande, muitos passos já foram dados, mas há muito a ser feito. Seus efeitos positivos não ficam restritos a uma unidade, mas se refletem em todo o sistema de saúde.

Além de precisarem conviver com processos e profissionais com pouca qualificação para atuarem na atenção primária, os médicos

trabalharam em estruturas que não estavam dimensionadas para as novas práticas. Uma realidade comum, e que comprometia a qualidade do atendimento:

Porque as condições eram terríveis. Tu trabalhava num posto minúsculo, né? Esse posto, que a gente trabalhava, era um... um corredor e sala de espera. Era um corredorzinho assim... Aí, metade do corredor tinha os banquinhos pros pacientes sentarem e a outra metade tinha os arquivos onde ficavam os prontuários. Separados assim: uma sala do médico, uma sala da enfermeira, um cubículo de farmácia... Um cubículo de farmácia e... uma sala de procedimentos, que era assim: sala de vacinas, sala de procedimentos, era tudo. Uma coisa completamente irregular, né? Tu não podes misturar procedimento com vacina... E um banheiro e uma cozinha. Só! O posto era isso assim. Era muito pequeno. E aí, tinha que construir um puxadinho, por causa da comunidade, pra quando chovesse eles terem pelo menos um abrigo. Porque eles não tinham nem isso, um puxadinho. Aí a comunidade que ajudou a fazer. Comprou uns ferros, comprou... o pessoal que trabalhava com isso fez, a gente pintou todo o posto com o dinheiro da comunidade e nosso (Análise).

Não, não é satisfatória [a estrutura]. Me faltam mais consultórios médicos, pois eu tenho docência aqui. Então, são muitos graduandos da medicina, da enfermagem, da nutrição e da assistência social que passam por aqui e não têm consultório pra fazer as suas atividades. Eu preciso de mais salas, pra ter mais médicos pra atender a comunidade. Eu preciso de uma infraestrutura a nível de enfermagem, eu preciso de uma sala de acolhimento, que a gente não tem. Eu preciso de uma sala asséptica, pra fazer procedimentos de forma correta. Eu preciso de uma sala de esterilização maior, porque o meu fluxo é muito alto de curativo pra procedimentos. Então a gente... precisa de uma autoclave maior, pra dar conta, não temos. Eu preciso de uma seladora maior, a minha vive esmagada de 15 em 15 dias, porque ela não dá conta

da quantidade de trabalho. Então precisa passar por uma reestruturação essa unidade, pra ela dar conta do que é solicitado dela (Sofia).

Muitos trabalharam em consultórios apertados, unidades com falta de sanitários, salas de procedimentos, sala para trabalhos de grupos, ou equipamentos básicos. As estruturas eram tão precárias, que comprometiam a qualidade do atendimento e até colocavam em risco a saúde dos usuários, pelas dificuldades de realizar cuidados mínimos relacionados à contaminação. Os médicos se sentiam frustrados e tolhidos na realização das habilidades técnicas para as quais foram capacitados. Ao invés de resolver problemas, eles precisaram encaminhar muitos pacientes para outros postos de serviços. Uma prática que só aumentava a sensação de impotência do médico local e distanciava cada vez mais a população dos serviços de atenção primária.

Se, de um lado, eles conviveram com estruturas extremamente precárias, do outro, também puderam presenciar a melhoria nas estruturas das unidades, em consequência dos fortes investimentos realizados no setor. Nesses momentos, eles se sentiam realizados. Unidades foram adaptadas ou reconstruídas, equipamentos comprados, e o suprimento de insumos foi melhorado, para viabilizar a ESF:

Comecei em 2004, aqui nesta mesma unidade. Não era essa a unidade, era uma unidade menor, ali. Que pra mim já era uma unidade muito melhor do que a estrutura física que eu tinha no outro município. Entrei em uma unidade que eu tinha infravermelho, que eu tinha videocassete, TV, retroprojeto, máquina de rádio... Uma infinidade de medicamentos, que eu não tinha lá.

Eu vou dar um exemplo que aconteceu comigo lá no interior: assim, às vezes a gente pensa que... para tal coisa, antibiótico X é melhor, né? Tinha época que eu chegava lá pra técnica: "Qual antibiótico que tem? Ah, esse, então vamos fazer..." Geralmente resolvia. Então, mesmo com os antibióticos mais comuns, resolvíamos boa parte dos problemas. É... então eu cheguei aqui, imagina, medicamentos que lá eu nem sonhava em prescrever um... Contava no dedo quem tava tomando, lá. Ainda que aqui a gente restringe, tem um certo cuidado, por questões de custo (Marcelo).

Então, assim, aqui tinha uma estrutura muito melhor, era uma unidade com mais equipes, permitia uma troca maior, porque lá eu trabalhava sozinho. Então tinha como trocar... né? Eu tinha dúvida, ia lá com o colega e “ó, vamos ver juntos...”, quando ele me chamava, ia lá, via junto. Então tinha uma troca de experiências (Marcelo).

Mudamos prá unidade nova, então foi um ponto alto, foi... pô... em seis meses já vamos para uma unidade nova, com ar condicionado no consultório, com móveis todos novos... (Júnior).

Informatizada, o sistema é legal... Bem ou mal, ele funciona direitinho, te permite... Antes, o que eu mais me estressava, é que eu escrevia, escrevia, escrevia, escrevia, de repente perdia o prontuário. Entende? Porque era um prontuário de papel assim... Você vai atender um paciente na urgência, você não sabe o histórico dele, porque não tem como... tinham trinta mil envelopinhos lá... não dava tempo deles buscarem o envelopinho, entendeu? (Júnior).

Ao lado das estruturas deficientes, eles precisaram conviver com a sobrecarga de trabalho. As razões para isso foram várias: as unidades eram pequenas e mal dimensionadas; havia falta de recursos humanos; população era maior do que a capacidade de atendimento pela equipe; entre outras: “Eu, uma enfermeira e duas técnicas e quatro agentes comunitários, pra 6.500 pessoas. Carentes. Muito carentes. Tinha uma área de mangue em cima do morro... Terrível. Era muito difícil” (Análise).

Os médicos se sentiam sobrecarregados e atropelados por uma demanda a que não conseguiam atender. “Então, assim, como tem muita gente, tu não faz uma coisa pró-ativa. Tu é avalanchado assim, né, tu... é soterrado sempre, pela demanda, assim. [...]” (Antônio). Eles não conseguiam planejar as suas atividades e eram sistematicamente pautados pela demanda.

A questão da desadequação entre a demanda e a oferta é uma das queixas mais frequentes na prática dos médicos de família. O problema não é simples e tampouco é de solução fácil. Em comunidades carentes, o nível de dependência do SUS é maior e, portanto, espera-se que essas comunidades utilizem mais as UBSs. O oposto se espera em comunidades de maior poder aquisitivo. Estas, por sua vez, também convivem com problemas e situações de risco à saúde a serem monitorados pelos

técnicos da ESF. Além disso, existem áreas onde o fluxo migratório é intenso e a capacidade dos serviços se esgota rapidamente. É um equilíbrio difícil.

Com sobrecarga, o ambiente de trabalho tende a se tornar pesado e desgastante para todos, trabalhadores e usuários. O resultado é um ambiente doentio. As pessoas adoecem, entram em licença para tratamento de saúde, e os problemas vão aumentando. Um ambiente de trabalho deteriorado pelo excesso de demanda em relação à oferta:

Era uma senha, então a gente tinha que berrar 136 [gritando]... Aí, as pessoas estavam todas acumuladas ali perto, com medo de não ouvir,... ficavam tudo no corredor. [...] Não dá, daí, pras pessoas pelo menos sentarem, por que daí elas ficam mais seguras, sabem que número que tão chamando, não precisam ficar ali em cima. Daí, ficava toda assim... tu tinha que ficar gritando... Eu não sei como é que a gente aguentou, na verdade (Antônio).

E os funcionários começaram a cansar, e ficar assim muito cansados... e nada de chegar mais gente. E cansados, cansados, cansados... todo mundo cansado. Os médicos atendiam 30, os enfermeiros atendiam 100, os técnicos atendiam 100. Os outros, que estavam nas outras funções... a farmácia, uma fila constante, não para... a farmácia do posto, lá, tem fila sempre, nunca para... as pessoas não param um minuto... e pouca gente, né? Então, às vezes tinha que ficar algum funcionário na farmácia a manhã toda, então mal tinha tempo de fazer xixi. Ou então um técnico no acolhimento marcando com o enfermeiro, às vezes não tinha enfermeiro, às vezes é médico, quase sempre... Então assim, era um caos (Antônio).

Existe... existe. Mas eu vejo como uma coisa normal assim... porque é o ser humano, né? Independente se é posto de saúde, se é sistema privado, sempre vai ter as facetas de cada um assim... é... são as patologias que cada um tem, porque são seres humanos, adoecem. Então, eles entram de atestado. É... adoecem por excesso de trabalho? Também, né... No sistema privado, eu vejo que

eles não trabalham tanto quanto numa unidade de saúde. O RH, ele é mais organizado, por número... de pessoas que efetuam uma função, é proporcional. Aqui eu tenho 18.000 habitantes pra três médicos. Não tem como o médico aguentar muito tempo isso sem adoecer. E eles adoecem (Sofia).

Assim, eu acho... eu acho que falta tempo na agenda, pra gente conseguir fazer tudo, né? Eu gostaria de ouvir mais, eu acho que os pacientes, assim... Porque tem alguns pacientes que tu consegue dar atenção... e tem outros que tu não consegue. Sabe, assim... Tem outros que tu até vê que tem alguma coisa embaixo, mas aí tu olha, e a tua agenda tá tão cheia, que às vezes tu diz: “Ah, hoje eu vou ter que deixar passar isso...”, sabe? Então são coisas que às vezes... (Análise).

Essas experiências não foram uniformes: em algumas unidades, existiam algumas condições de planejamento e organização, embora, de um modo geral, a demanda fosse maior do que a capacidade.

Além de conviver com estruturas deficientes e sobrecarga de trabalho, os médicos sentiram na pele o que significava fazer parte de uma rede de atenção à saúde também precária.

A atenção primária à saúde se caracteriza por ser a porta de entrada de um sistema de saúde. Ser a porta de entrada não significa que o atendimento se encerre nesse nível de atenção, mas sim, que seja o primeiro ponto de contato com o sistema. Espera-se que aí se resolvam a maioria dos problemas de saúde. Mas, para isso, é preciso o suporte de exames complementares e de medicamentos. Além disso, a unidade deve contar com mecanismos de transporte de pacientes, de regulação do acesso e de outras unidades estrategicamente localizadas (centro de especialidades e hospitais, por exemplo), para onde devem ser encaminhados os pacientes que necessitarem de tratamento complementar.

Em sua trajetória, alguns dos médicos de família mudaram de municípios e encontraram realidades de trabalho muito parecidas na nova unidade, onde faltavam estruturas para realização de exames complementares e consultas especializadas. Sem serviços de apoio, os médicos se sentiram de mãos atadas e, por vezes, foram obrigados a realizar tratamentos empíricos:

A estrutura é melhor. E algumas coisas que são iguais: a dificuldade de marcação, a dificuldade de vaga... Essas coisas são iguais.

De consultas especializadas e de exame, né? A gente passou por uma fase assim, que os exames estavam demorando... Os de laboratório, seis, oito meses pra gente marcar...

Eu me sinto de mãos atadas, assim, porque tu não consegue avaliar... Porque tem pacientes que a gente sabe que precisam estar ali uma vez por ano e tem uns que nem precisa, né? Mas tem pacientes que a gente precisa acompanhar, né? Só que... se descobrir agora uma nova patologia, tu tem que acompanhar pra ver como é que tá a evolução...

Quando é diabete? A gente vai tentando a dieta, a gente vai tentando orientar, por que assim, eu falo pros pacientes... eu tô um pouco de... amarrada... É, é isso. Eu falo: “Eu tô amarrada pra te medicar. Eu não sei se a dose tá boa, se não tá boa...” (Análise).

Numa época em que a medicina já possui métodos eficazes de diagnóstico e tratamento, com alta tecnologia, faltavam coisas muito simples: exames e consultas especializadas. Por que os pacientes não conseguem chegar a esses serviços complementares? Onde estão as barreiras de acesso? Seriam os custos? Ou seria falta de planejamento adequado nos sistemas logísticos?

Enquanto não se resolvem essas questões, o médico que está com o paciente sob sua responsabilidade, não consegue atendê-lo a contento, não tem como fazer uma boa prática, sente-se frustrado e pouco realizado. É o clínico sendo limitado na sua prática.

Essa situação é mais emblemática quando aparecem pacientes graves, de emergência. Embora as UBSs não sejam estruturas para atendimentos de emergência, elas precisam contar com um aparato mínimo para o primeiro atendimento, como o transporte dos pacientes e os serviços de referência para recebê-los:

Aí foi onde eu comecei, cheguei ali. Primeiro,... primeiro, não, acho que foi o terceiro paciente, chamaram pra ver, uma loucura essa população toda aqui... Com duas equipes... é... dois meses sem médico, sem um dos médicos, chego ali e tal... ó... tem um paciente com dor de estômago.

Cheguei lá... com dor de estômago, achei ele meio pálido, demais... né!? E peguei pulso, não tinha pulso direito, assim, tá bem fraco... frequência cardíaca bem alta... e eu falei: “então tá bom”, já tava com cianose perioral e totalmente inconsciente... E daí eu falei: “olha, seguinte: preciso de uma ambulância, já!”

Enfim, foi uma panaceia e aquela coisa... tenta a ambulância, não consegue, e tá, tá, tá. E tava... tinha que segurar a barra do cara que... [...].

Mas, a gente conseguiu, daí... que a polícia fosse levar, mas não daria pra polícia levar... é... a solução foi a seguinte: [...] eles mandaram UNIMED, mandaram helicóptero. Só que, até então, precisava estabilizar o paciente.

O que eu sugeri, então? “Vamos levar para uma clínica antes, que tem estrutura, pego o acesso central, beleza... se precisar desfibrilar, daí... levamos ali na clínica privada, tal...”

Tinha estrutura, mas não tinha quem fizesse... falei: “ó, então, dá licença...” Daí ele deixou, tal... peguei e fiz [...] e, enfim, o paciente morreu no mesmo dia, à noite, mas...

Chegou tranquilo, mais ou menos firme, chegou até lá, ele teria morrido no caminho, foi aí que... Ah... por isso que, eu acho, que foi importante esse viés clínico da residência [...] (Júnior).

[...] os cara não quiseram aceitar no hospital... eu cheguei no hospital e encontrei um cara da Santa Casa [...] “Que sorte tu tá aqui” e coisa e tal, “olha, tenho esse paciente assim assado, sabe? Morrendo, e ninguém quer aceitar” coisa e tal. E o cara assim: “olha, tchê! Aqui não é lugar pra ele também.” Depois de um tempo: “leva pra outra cidade!” E ficava a 100 quilômetros dali, 200 ou mais, entendeu?

É! E assim, bota no táxi e vamos. E eu botei o cara com a mulher, atrás, e fui na frente, assim. [...] E daí a mulher, atrás, disse assim: “acho que ele não tá muito bem...” [...] “Vou dar uma massagada!” Ai, ai... daí eu disse: “volta pra casa, que ele tá morto”.

É, morreu no caminho. Morreu mesmo, nos primeiros cinco quilômetros da cidade. Fazer o quê? (Antônio).

Como se sentiram esses médicos, que foram preparados para salvar vidas, diante de uma situação dessas? Em desespero? Angustiadados? Conformados? Com medo? Não. Eles tentaram, não se sentiram vencidos, e tentaram novamente. Não havia materiais necessários na UBS, não havia transporte de pacientes adequado, não havia vaga no hospital. Não havia uma rede de serviços organizada. Mas eles não se entregaram e fizeram o que podiam ter feito, em cada situação.

Convivendo com falta de estrutura, de equipamentos, de pessoal qualificado, de sistemas de apoio, e com sobrecarga de trabalho, eles foram fazendo a medicina da família e da comunidade, atuando para mudar o modelo hegemônico, sozinhos, na linha de frente, como agentes de mudanças.

4.2.3 Trabalhar em comunidades carentes

Os médicos de família e comunidade desta pesquisa trabalharam em unidades localizadas em áreas consideradas carentes. Isso aconteceu porque, como a implantação da ESF ocorreu de forma progressiva, foram priorizadas as comunidades mais carentes. Nesses casos, o médico se transforma em um agente de mudanças em áreas cujas necessidades transcendem, muitas vezes, a sua capacidade de atuação técnica.

Como eram majoritariamente oriundos de famílias de classe média, esses médicos encontraram realidades bastante diferentes das suas. Ao iniciarem seu trabalho nessas unidades de saúde, eles se depararam com um panorama social que iria exigir muito mais deles, além do seu preparo técnico. Eles precisaram rever conceitos e ampliar a consciência, para conseguirem trabalhar como médicos de família. “Me deram opções, assim... são os piores postos na época... Eu lembro que, a primeira vez que vim pra cá, antes de escolher, subi aquele morro e desci e pensei: Meu Deus!!! O que é isso!? Onde é que eu vou parar?!” (Júnior).

Enquanto as primeiras equipes dos grandes centros urbanos eram dirigidas para as favelas e áreas de risco, no interior, eram dirigidas para os pequenos municípios, igualmente deficitários. Nesses casos, embora os problemas sociais fossem menos explícitos, os médicos precisaram ir morar no interior e abandonar toda a infraestrutura a que estavam acostumados na cidade maior. Além disso, precisaram conviver com uma falta quase absoluta de estrutura complementar para atendimento à população, tais como acesso a exames e internações, restando-lhes, apenas, a alternativa de encaminhar os pacientes para outros municípios. Essas

carências resultavam na frustração profissional, a curto prazo, e na inevitável mudança de cidade, em busca de melhores condições de vida e trabalho.

O dia a dia desses médicos iria lhes proporcionar emoções e exigir deles atitudes que eles nunca tinham imaginado. Enquanto isso, sonhavam em mudar a realidade. A experiência a seguir, embora não seja rotineira nas UBSs localizadas em comunidades carentes, é bastante emblemática e merece ser abordada. Quem trabalha com ESF, se não presenciou uma cena parecida, certamente já ouviu relatos semelhantes.

A médica envolvida nesse episódio estava desenvolvendo um trabalho na comunidade e tinha uma boa sinergia com a equipe de trabalho e a população. Sentia-se motivada para promover mudanças. Mobilizou a comunidade para realizar uma reforma na unidade, sem apoio do nível central, com dinheiro angariado na própria comunidade carente e na sociedade em geral. Ela tentava implantar um nível de relacionamento respeitoso e uma prática de saúde voltada para a atenção integral, considerando a amplitude da sua causalidade. Estava muito bem preparada tecnicamente. Porém, em um dado momento, essa sinergia e o equilíbrio se romperam de forma quase irreversível:

Era uma área muito grande... muito carente. Pra um médico só. Então nós tínhamos 6.500 pessoas pra cuidar, pra eu atender. É muita gente!

Era uma área muito carente, de muito tráfico, então as dificuldades foram se somando, assim, né? E aí, eu lembro que eu... culminou mesmo com o meu pedido de transferência. Foi uma paciente que chegou, que a consulta tava marcada pra uma e meia, chegou 20 pras cinco da tarde. E eu ainda tinha mais uma gestante pra atender. Era dia de gestantes! Eu já ia sair, pois o posto fechava às cinco. Então eu ia sair às cinco, redondinho, até, às vezes, até um pouquinho mais, né? E essa gestante chegou e disse que tinha dormido e que não tinha ido porque não tinha conseguido... Tinha se esquecido da consulta e tinha dormido, quando viu, foi. Aí eu disse pra ela remarcar a consulta, que naquele dia eu não tinha mais condições de atender. E ela voltou pra casa, chamou o marido. O marido chegou, eu acho que ele tava meio cheirado, porque não podia estar muito normal. Chegou, quebrou tudo na sala de espera, assim... jogou as cadeiras, jogou não sei o quê, o sofá...

E eu, dentro do consultório, assim, sabe.

Não, quando eu vi que as coisas começaram a... tomar vulto, aí eu fui pra ver o que tinha acontecido, né? Saí do consultório... [...] e a mãe dele tentou segurar, e ele deu um soco no nariz da mãe. Por isso que eu acho que ele tava meio drogado, sabe? Aí pegou uma pedra e quebrou o vidro do meu carro, que ficava ali na frente da... Agressão física pra mim, não teve. Só pra mãe. Não tinha guarda, não tinha nada. Então... aí pegou e quebrou o vidro do carro, assim, né? Aí foi bem difícil, assim... Até tentei voltar depois. Peguei um tempo pra ficar fora dali. Eu disse: “Ah, vou dar um tempo, vou ver”. Tentei voltar pra unidade depois.

[...] E aí depois a... a comunidade e algumas velhinhas, sempre vinham pra... pra apoiar. Teve até um abaixo-assinado pra eu não sair da unidade. Mas eu não me sentia mais... bem, ali. Entendeu? Assim, porque eu acho uma coisa...

Eu me senti muito agredida, sabe? Mal reconheci... Eu não sei... Ali quebrou um... Com sobrecarga... Com sobrecarga assim, sabe? Porque tava 6.500 pessoas pra mim, sozinha. É muito, né? [...] E aí, aquilo, sei lá... Aquilo me... me quebrou, assim, um pouco. As coisas, assim... Ele... ele mesmo foi depois pedir desculpas.

Eu não me senti mais em casa, assim. É uma coisa que... Não sei porquê. As gurias: “Não, por que não vai? Por que não vai?”... Mas eu não consegui me sentir bem. Eu sei... eu fiquei pensando: “Bom, se um fez assim, né...” Eu ficava pensando sempre: “Será que os outros não vão usar do mesmo artifício pra tentar conseguir alguma coisa? Será que não... será que isso não vai se tornar uma rotina aqui dentro?” Porque às vezes eles chegam: “Ah, porque, fulano já fez isso e conseguiu”, então...

Aí pedi transferência. Aí isso foi uma questão muito complicada também... o meu pedido de transferência. A gerente lá era bem rigorosa. Aí elas falaram que não. Pô... tinha um déficit de médico, como aqui, né? [...]

A gente tava se doando muito pra ali. E aí a gente que mudou muita coisa. No Natal, a gente fazia

festinha de Natal. Então a gente já tinha coisas específicas que a gente conseguia assim, né? Que a gente fazia um brechozinho, uma feirinha... (Análise).

Essa história é bastante rica em detalhes e nos leva à reflexão sobre várias situações. A médica era bem preparada tecnicamente, conseguia boa sinergia com a equipe e a população. Quando a comunidade, na figura de uma pessoa que aparentemente não estava em condições emocionais normais, rompe esse equilíbrio violentamente, ela se sente desamparada, com medo. E se questiona: por que isso foi acontecer logo com ela, tão dedicada à comunidade? Será que não perceberam o seu empenho? Será que não perceberam que as coisas, lá, estavam melhorando? Sentia-se mal reconhecida pelo trabalho. Mesmo com a comunidade tendo tomando iniciativas de apoio, e apesar da retratação do sujeito violento, ela não conseguiu permanecer na unidade. Sentia-se desprotegida. Temia que situações violentas voltassem a acontecer. Não conseguia voltar.

Ao analisar sua fala, percebe-se que ela foi pedir apoio aos seus superiores, para ser transferida de unidade. Porém, sentiu-se sem o apoio deles, não houve nenhuma tentativa de problematização, entendimento ou temporização do fato ocorrido. Recebeu um não, friamente. Então ela se sentiu ainda mais frágil e vulnerável: e se voltasse a acontecer? E se a situação piorasse? Agora, sentia-se ainda mais só, menos reconhecida, mais exposta.

O posicionamento das suas chefias parece ter sido determinante para o desfecho final em relação àquela experiência traumatizante. Em vez de ser uma oportunidade de reflexão, de crescimento conjunto e de preparação da equipe, essa experiência contribuiu para piorar ainda mais o ambiente de trabalho na UBS. Então, ela mudou o seu foco de interesse e resolveu sair da unidade. Parecia-lhe ser a única solução viável. Até aquele momento ainda poderia repensar sua decisão, mas, sem o apoio dos superiores, isso se tornou impossível. Ela reagiu, procurou outras pessoas na secretaria e, finalmente, mudou de unidade:

A mesma precariedade. E ainda com uma via de saída só, né? Porque era em cima do morro, a gente era cercado pelo rio por todos os lados do posto, assim, né? E tinha uma única saída por terra, que era lá embaixo do morro. Então, se alguém quisesse te fechar na rua, a rua estreitinha, tu não

descia mais. Se alguém quisesse parar... teu carro, na frente, não tinha mais por onde sair.
 [...] Mas, por incrível que pareça, eu me senti melhor. Porque lá a gente tinha respaldo da... Eu mudei de gerência (Analise).

Nesse episódio, perdeu-se uma oportunidade de reflexão conjunta. Como uma ferida não cicatrizada, essa experiência reaparece na consciência de Analise de vez em quando e, aos poucos, vai-se esmaecendo a lembrança, com o passar do tempo. De vez em quando, provocada por novas experiências, a ferida não cicatrizada retorna. A médica vai refletindo e elaborando a sua experiência antiga, questionando o seu posicionamento, revendo seus conceitos. Então, ela se transforma. Cresce com a experiência vivida há tanto tempo, amadurece, e percebe que poderia ter tomado outra decisão:

Porque, assim... Eu sempre fui daquelas pessoas que tenta educar... Eu acho que a gente tá numa comunidade carente, numa comunidade que, de certa forma, é violenta, mas tu não pode ser refém dessas pessoas. Tu tem que agir com o teu... com o teu ideal, com os teus princípios, entendeu? Tu não pode, porque a pessoa é carente, é traficante, que tu vai fazer tudo por ela e não vai fazer pelos outros. Então eu sempre tentei me postar assim (Analise).

[Acho] que eu não errei! Hoje eu penso assim. Eu acho que se eu tivesse que fazer, eu faria tudo de novo... Se eu fosse pra uma comunidade assim, eu acho... que eu faria de novo as mesmas coisas assim, porque em nenhum momento eu deixei de atender essa paciente.

Eu não sei se eu abandonaria. Eu acho que eu tentaria dar a volta por cima. Tentaria reconquistar tudo de novo, tentaria reaver tudo de novo, entendeu? (Analise).

Essa história é emblemática e expõe, com propriedade, as diferentes situações pelas quais podem passar os técnicos que se relacionam diretamente com o público. Essa situação pode acontecer em qualquer comunidade, independentemente de sua situação socioeconômica. Por outro lado, denuncia a necessidade de maior preparo dos técnicos e,

principalmente, das suas chefias, em seu papel de suporte e apoio. Essa história poderia ter tido outro desfecho. Uma melhor problematização e reflexão em relação à experiência vivida resultariam em maior crescimento da médica, da sua equipe, da comunidade e das suas chefias. Mais preparados, os médicos poderiam lidar com outras situações semelhantes com mais tranquilidade. Retardaram um processo que acabaria acontecendo, ao longo do tempo, mas certamente com mais sofrimento.

4.2.4 Conviver com a presença da política

Na pactuação de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo, em relação à saúde, a atenção primária é de competência exclusivamente municipal. Os municípios são responsáveis pela sua organização e financiamento, contando com incentivos federais e, em alguns casos, até estaduais.

Muito próximos do poder executivo municipal e da população, os médicos da família e da comunidade entrevistados perceberam, desde cedo, a presença das questões políticas permeando o seu trabalho técnico. Eles logo compreenderam que, além dos interesses técnicos, de mudar as condições de vida da população, existiam outros interesses: os políticos.

É. Chegou lá e eles estavam implantando o PSF. Foi uma das primeiras equipes. A gente chegou lá no primeiro dia, e os caras estavam botando uma câmara pra abrir uma rubrica, pra ganhar o dinheiro do Ministério. Os caras não queriam aprovar, porque não era do partido... Tu acredita? Que os caras iam deixar de ganhar a grana... E eles só tinham que abrir uma conta no banco pra receber o dinheiro do PSF... E eles não queriam abrir! Porque, na Câmara, a maioria era contra o prefeito... (Antônio).

Aí teve mudança de gestão. O partido que entrou começou a ameaçar... começou a ameaçar que não ia mais ter conversa, que não sei o quê. E aquilo acabou atemorizando a gente. E aí, rolou aquela discussão, não sei o quê. [...] E aí fiquei um ano e meio nessa cidade e... fui para a Serra, e fiquei três anos lá (Manoela).

A ESF é uma iniciativa de amplo alcance social, com incentivos importantes do governo federal. Os políticos viram nela uma oportunidade de legitimação política e de voto. A sua implantação foi permeada por disputas entre situação e oposição. No meio da disputa, os técnicos, e no fim, a população interessada.

A presença política não parou por aí. Se, de um lado, a proximidade com a população facilitava o controle social, também permitia favorecimentos políticos e eleitoreiros. Era comum o encaminhamento de pacientes às UBSs feito pelas autoridades políticas, que desconsideravam as normas locais de funcionamento:

Olha só, eu gostava de ser médica de família, eu não gostava da politicada. Que é a mesma coisa que eu não gosto aqui. Lá, era o cara que o curativo sangrou e foi na mesa do prefeito. Aqui, é outra coisa. Aqui é ouvidoria que fulana ouve. Então aqui, é parente de algum político que vai num serviço e não consegue... É a mesma politicada, só que... E eu não tenho saco pra esse negócio. Por isso que eu não sirvo pra gestão. Eu acho que eu não sirvo pra gestão, muito, não. Porque eu não tenho paciência. Chega pra mim, eu já dou três socos na mesa, entendeu? Eu falo logo o que eu acho e...Eu gostava de trabalhar. Eu não gostava da política que aquilo ali envolvia. Nunca gostei (Manoela).

É! Tinha a interferência da Secretaria, porque lá é assim: uma cidade pequena, tu não quer atender por causa que o cara chegou atrasado, não quer atender porque não tem mais vaga, ele... liga pro secretário e fala direto com o secretário, ou vai no secretário. O secretário liga pra ti dizendo... pra tu atender. É! Daí... ficava aquele negócio assim, né? Não é assim! Não pode nos botar refém dos pacientes dessa forma... Daí... essas briguinhas, sabe? Aí comecei a me incomodar, de ter de discutir e a gente dava ideias e... acabavam fazendo as coisas meio... de supetão, da forma errada, né? (Antônio).

Os médicos, detentores de verdades técnicas, precisaram aprender a conviver com a interferência política em seu trabalho. Eles reagiram

sempre. Fortemente. Perguntavam-se como lidar com essa nova realidade: isso seria uma constante em suas vidas? Eles a rejeitaram prontamente. Não queriam essa interferência. Para eles, a UBS era um campo de práticas técnicas.

Mas eles precisaram aprender a lidar com isso, fazia parte da sua realidade. Eles buscaram o diálogo, expuseram seus motivos técnicos, queriam ser ouvidos. Porém, nem sempre isso foi possível. Em alguns momentos, aconteceram verdadeiros enfrentamentos. Nesses casos, o lado mais fraco (o médico) acabou cedendo. Sistemáticamente, eles abandonaram o trabalho e a cidade por esse motivo. Nesse embate, todos perderam.

Restava-lhes a possibilidade de também se articularem politicamente. Em alguns casos, os médicos se articularam entre si para resistir aos assédios políticos e, em outros, se articularam fortemente com a população, ou de ambas as formas. Nessas situações, eles se fortaleceram e compreenderam o significado e a intensidade do poder político:

Naquele momento, sim [no passado] é... me fez, talvez, ficar um pouco mais alheio à política, e só agora que eu fui retomar... entendendo um pouco a necessidade, pelo meu trabalho, no dia a dia. E... na saúde pública, é... com envolvimento, foi depois que eu vim trabalhar mesmo... na atenção primária. E eu vi que... eu tava muito dependente diretamente de política. Isso é ruim, por um lado e, por outro lado, é interessante... Então... sei lá, a política faz parte da nossa vida...E não adianta, acho que tem que encarar isso com maturidade e tipo... enfim, a gente sabe que tem muita coisa ruim, mas também pode ser feita muita coisa... Muita coisa boa... também não acho que todo político é corrupto... e... que, política tem... que nem tudo é ruim e que nem tudo é bom (Júnior).

Eram médicos aprendendo a transitar em mais um campo da sociedade: o da política. Eles perceberam que política fazia parte do seu dia a dia. Perceberam que ela poderia trazer problemas, mas também oportunidades. Oportunidades de melhorar as condições de seu trabalho, de melhorar as condições de vida da população. Não negaram essa realidade, assumiram-na e se organizaram. Com isso, ganharam mais poder, mais capacidade de influência e mais possibilidades de realização técnica.

No entanto, esse posicionamento não foi hegemônico entre os médicos. Enquanto alguns se posicionaram claramente, outros não quiseram fazê-lo, pois ainda não gostavam dessas discussões:

É... mas, olha só, eu sou meio do lado negro da força, tá? [...] Então, eu não tenho, eu não sou uma pessoa... na verdade, de orientação político partidária nenhuma. Talvez, se eu fosse, eu seria de centro. Mas eu não tenho essa coisa do médico de família aguerrido. Porque todos são assim. E aí, quando a gente é minoria, diz que a gente é do lado negro da força. E eu não tenho, não tenho nada a ver com essa...

Não, lá onde trabalhava, não dava para perceber, principalmente no interior, são todas de direita, né? Então lá não tem muito espaço pra isso. Aqui tem o pessoal que é mais revolucionário, que é mais... partido de extrema esquerda, que cobram posições tuas de extrema esquerda. Então, aqui eu tenho sentido bastante isso (Manoela).

Porque eu queria que, sei lá! Eu queria que as coisas não fossem tão fechadas. Eu queria que cada um, se quiser, filia-se, se tem ideias político partidárias... Contanto que eu chegue lá, atenda a comunidade, faça seu serviço, entenda o que é saúde da família, compre a ideia de que é importante a vinculação de um território a uma equipe. Essa é a grande sacada.

[...] Não sei. Eu acho que são essas coisas. Essa, essa vinculação, esse perfil de extrema esquerda dos médicos de família é uma coisa que me incomoda (Manoela).

A médica se sentia pressionada, pelos colegas de profissão, a ter um posicionamento político partidário, que percebia ser de esquerda. Não se percebia ideologicamente de esquerda, talvez de centro, mas não queria se posicionar, não gostava. Queria ter liberdade de posicionamento político. Ela sabia que fazia a sua parte em seu trabalho como médica da família e da comunidade. Não queria se posicionar politicamente. Era um direito seu, precisava ser respeitada. Talvez mais tarde, em outros cenários. Talvez... agora não.

Dessa maneira, os médicos conheceram mais uma face da realidade do seu trabalho diário e aprenderam como conviver com discussões políticas permeando o trabalho técnico. Com ou sem agremiação política, eles precisavam enfrentar essas discussões. Isso fazia parte do seu dia a dia.

4.2.5 A difícil realização profissional

Para os entrevistados, ser médicos da família e da comunidade não foi fácil. Foi preciso saber atuar em problemas de saúde individual e coletivos; ser agentes de mudanças na implantação de um novo modelo de atenção à saúde; trabalhar em comunidades carentes e fomentar a melhoria das condições de saúde locais; conviver com a política permeando o seu trabalho técnico. Uma missão enorme e difícil. O seu dia adia exigia-lhes muita perspicácia e capacidade de aprendizado constante. Era um trabalho desafiante e, uma vez encontrando condições de bem executá-lo, eles sabiam o que fazer.

Um dos médicos teve uma experiência muito positiva em um município do interior, onde encontrou apoio político, liberdade para organizar os serviços e uma boa equipe. Fez uma verdadeira revolução na atenção primária local. O trabalho da sua equipe foi reconhecido nacionalmente, sendo, inclusive, citado em uma das referências bibliográficas deste estudo. Nestes casos, quando encontravam apoio, os médicos promoviam mudanças positivas. Era o agente de mudanças trabalhando pela saúde da população. Foi um momento de realização profissional:

O pessoal do PT... louco, a fim de investir no negócio, né? E nós saindo da faculdade também, acabando de chegar da residência, cheio de vontade de implementar as coisas que a gente tinha aprendido. Ainda com aquela ingenuidade assim, de... de fazer as coisas do jeito certo! Então... quando chegamos lá, pegamos o modelo de prontuário da residência [...]. Não era eletrônico, mas a gente tinha tudo. A gente fez perfeito e...

No primeiro ano, a gente fez uma coisa tão legal lá... que a gente ficou famoso no Brasil. Era congresso brasileiro, mas bah! Assim! Vocês são o povo da cidade “Beta” lá, tinha umas coisa que... “Beta” mudou! Da água pro vinho, assim, passou a ser referência no Estado! (Antônio).

Quando os questionei sobre sua realização pessoal e suas perspectivas profissionais, recebi respostas que vão desde a satisfação profissional, até a procura de novos rumos.

Um dos médicos afirmou que gosta de ser médico, está satisfeito com a medicina da família e da comunidade, mas quer ser reconhecido por seu conhecimento técnico. Ele pensa em abrir um consultório, para atender os pacientes com mais tempo. O trabalho numa UBS é exigente, mas vira rotina facilmente. Ele quer continuar a estudar, não pode ser sentir tolhido como uma ostra:

Meu objetivo é ser médico mesmo, atender assim. Eu sempre gostei. Ah... eu acho que isso, continuar estudando, montar... tudo aquilo que eu tinha ideia quando eu era estudante, assim de... de ter um reconhecimento, sentir tudo mais assim... [...] [...] Isso é gosto. E a gente tem que fazer! Não adianta! Então, eu acho que eu posso aplicar muito, ali na ponta mesmo. Então, não quero ficar parado assim, ter sempre aquela sensação de virar ostra... Eu já senti várias vezes, nesse pouco percurso que eu tive (Júnior).

Outra médica mostrou-se grata à medicina da família e da comunidade por ter lhe proporcionado a realização financeira; mesmo assim, ela está pensando em novos rumos, em outra especialidade ou até outra faculdade:

Se tem uma coisa que eu sou grata à medicina, é isso: ela me fez... eu andei em gôndola, em Veneza, eu... sei lá, eu já fui à Ilha de Páscoa, eu jantei no melhor restaurante da minha vida, na Ilha de Páscoa, na beira do oceano Pacífico (Manoela). Não sei, acho que, como eu já tô numa outra, numa outra maturidade, eu às vezes fico pensando se eu não faço... sei lá, se eu não me especializo em alguma coisa, não sei. Eu gostaria, por exemplo, dermatologia. [...] Ou talvez alguma coisa que não tivesse nada a ver. É... eu tenho... assim, eu acho que hoje na, no jurídico, na promotoria, tem muita gente que não entende nada de medicina e tomam umas decisões!... (Manoela).

Esse posicionamento foi parecido com o de outros dois médicos, que se sentem realizados como médicos, mas que, às vezes, se questionam em relação à qualidade de vida que teriam se tivessem feito outra opção:

[sente-se realizada] Porque eu faço o que eu gosto, né?! Tenho uma... uma equipe boa de trabalho, ganho razoavelmente bem, né?! Que dá pra gente se manter, ter tudo que a gente quer. Tenho uma vida feliz, tranquila, sou bem casada, tem pessoas que eu gosto. Faço o que eu gosto, porque quero, então... (Analise).

[...] tenho um irmão na área da saúde, só que em odontologia, né? E o outro não fez nada de área da saúde. O outro tem duas faculdades, fez economia e fez administração. Eu acho que ele é o mais feliz, porque ele trabalha em casa, no *laptop*, assim, né? Não tem aquele contato com o paciente, com as coisas, tudo, né? Às vezes a gente se questiona, né? Porque que eu não fiz uma faculdade assim? (Analise).

Foi uma escolha certa, como eu falei, mas até hoje eu tenho uma dúvida, se talvez eu tivesse realmente feito computação ou engenharia, alguma coisa na área das ciências exatas, como eu me daria (Marcelo).

Apesar de se sentir realizada, uma das médicas desejava ter mais capacidade de resolver os problemas dos pacientes: “De uma certa forma, eu tinha um pouco de saudade, a nível hospitalar, pela chance de resolubilidade... eu tinha saudade disso” (Sofia).

Um dos médicos sentia-se contrariado com o excesso de improvisação, na atenção primária, e com a falta de condições adequadas de trabalho:

Mas o que eu não gosto mesmo é o fato de, como a gente sempre atende muito mais do que deveria,... os pacientes acabam, hoje em dia, sendo muito dependentes e eu não gosto... E eu não gosto de ser tratado como escravo assim, sabe? Eu assim... eu até faço. Tinha um momento que tu sente... forçado a fazer tal coisa. Eu acho que na medicina de família tem muito esse discurso assim, eu acho

que eles acham que o médico de família é um médico que tem que compensar toda uma era de atrocidades médicas em relação a... Então, se o paciente sempre tem razão, que o paciente é o coitadinho, então a gente não... o paciente chega atrasado, tu tem que relevar, porque o coitadinho de repente... Não! Eu não sou assim, sabe? Eu sou assim, bravo! (Antônio).

Eu acho que esse discurso de medicina de família é ruim. É ruim, entendeu?

Eu, nos congressos de medicina... Outra coisa, é que o médico de família também pegou pra ele... a coisa que os caras não querem investir muito. Então, a discussão de congresso de medicina é formas de gambiarra, pra tu fazer as coisas com menos recursos que o usual. E eu acho isso um absurdo (Antônio).

Eles são médicos jovens, ainda estão construindo suas carreiras. É compreensível que façam questionamentos e que procurem ajustar sua carreira aos seus anseios profissionais. Porém, nas condições de trabalho que descreveram, isso pode não ser tão natural ou aleatório. A maioria deles falou em algum tipo de mudança na carreira, apesar de ainda não estar decidido de que forma: mudar-se de cidade, colocar uma clínica privada, fazer outra especialização, fazer outro curso ou até morar em outro país.

Esses jovens estariam mesmo satisfeitos com o seu trabalho e a sua carreira? Inicialmente motivados, sentiam-se preparados para a vida profissional. Agora, questionados, diziam-se satisfeitos. Porém, em alguns casos, percebi pouco entusiasmo em suas expressões faciais. Escutei muitos questionamentos e intenções de novos rumos. Estariam eles realizados profissionalmente? O que os estaria fazendo mudar de ideia? Uma correção de escolhas equivocadas? Decepção com a profissão? Desejo de realização financeira?

Em uma pesquisa sobre satisfação profissional de médicos de outras especialidades (pediatria, clínica médica e cirúrgica, ginecologia e obstetrícia e saúde pública), Grosseman (2001) observou que a satisfação estava relacionada com a competência técnica, à adequação à área de atuação, ao bom relacionamento interpessoal, à possibilidade de estudar, ao reconhecimento social, financeiro e intelectual e ao equilíbrio entre o trabalho e as outras dimensões da vida (política ou social). Os

fatores limitantes à satisfação com o trabalho médico foram relacionados à dificuldade psicológica em lidar com o paciente, seu sofrimento e sua morte, e a desilusão com os desejos de reconhecimento e boa qualidade de vida.

A preocupação com a realização profissional dos técnicos da saúde também é abordada por Merhy (1998), ao discutir o gerenciamento e a efetividade das ações de saúde no Brasil:

Esse quadro tem estado quotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização e satisfação, como cidadão e profissional, do conjunto de trabalhadores do setor saúde. (MERHY, 1998, p. 2).

Independentemente dos motivos, o fato é que o sistema de saúde investiu muito nesses profissionais e, agora que já são experientes, corre o risco de perdê-los. São pérolas raras no mercado, diamantes lapidados. Jovens, eles ainda podem buscar novos caminhos.

A reorientação de um modelo de saúde é um investimento de longo prazo, para mais de uma geração de profissionais da saúde. O forte apelo federal em relação à ESF, somado ao apelo político-ideológico transformador que circunda a proposta, dão uma falsa impressão da sua viabilização a curto prazo. Como uma geração de profissionais poderia fazer transformações tão profundas e contra-hegemônicas em uma só existência? Atuando como médicos, muitos podem tentar uma, duas ou mais vezes, até perceberem o inevitável: sozinhos, na linha de frente, não conseguirão mudar um modelo. É preciso articular esforços no sentido de conferir mais resolubilidade à atenção primária à saúde. A educação continuada e as redes de saúde organizadas são quase uma utopia no contexto nacional. Como uma andorinha sozinha não faz verão, decepcionados, eles haverão de procurar novos voos.

4.3 A experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de Unidades Básicas de Saúde

Os médicos que participaram desta pesquisa passaram por diferentes experiências de vida e trouxeram consigo seus sonhos pessoais e profissionais. Atuando em áreas prioritariamente carentes, conviveram

com profissionais e estruturas pouco qualificadas e enfrentaram problemas de ordem técnica e pessoal. Também encontraram pares e oportunidades de aprendizado e de realização.

Quando leio suas histórias, percebo que o convite para serem gerentes significou, para eles, uma oportunidade de realização profissional. Eles identificaram, na gerência, a chance de melhorar a organização da unidade, de redirecionar o modelo de atenção à saúde e de implantar a ESF. Essa determinação inicial estava impregnada de suas experiências como médicos (contribuidores individuais). Acreditavam que, sendo gerentes, teriam autonomia para implantar as mudanças que julgavam necessárias. Comportavam-se como agentes de mudanças querendo potencializar a sua capacidade de ação.

A experiência de se tornar gerente foi um grande processo de descobertas e de aprendizagem, que culminou com uma mudança de consciência. Eles começaram a pensar e a agir como gerentes, um processo muito semelhante àquele identificado por Linda Hill (1993) em seu estudo com novos gerentes no setor de vendas, apesar das peculiaridades do setor de atuação e do perfil dos profissionais envolvidos.

Em seu dia a dia como gerentes, esses médicos descobriram que existiam outras prioridades e outros interesses, além daqueles que tinham existido em sua experiência de médicos. Além da rotina administrativa, eles descobriram que teriam de considerar as prioridades dos superiores, que precisariam mediar os conflitos dos subordinados, estabelecer novos relacionamentos, suportar as tensões do cargo, adquirir novos conhecimentos e gerenciar o tempo. Os médicos, senhores do conhecimento técnico e biológico, precisariam lidar com o conhecimento gerencial e social. Eles passariam de agentes a gerentes de processos de mudança.

4.3.1 Descobrimo a realidade do trabalho gerencial numa UBS

Os médicos de família e comunidade, em sua maioria, emergiram como possíveis gerentes em processos de discussões locais e por razões que passam pela participação ativa nos debates nas UBSs, por indicação de amigos e até por articulação política. Ao aceitarem o novo cargo, queriam fazer mudanças nos processos de trabalho e no modelo de atenção à saúde. Como já tinham experiência na unidade, sabiam o que fazer e criavam suas prioridades.

4.3.1.1 As prioridades iniciais

Quando receberam o convite para serem gerentes, os médicos o acolheram como um reconhecimento pelo trabalho técnico e pela sua participação nas discussões na unidade de saúde: “Eu achei que foi até um reconhecimento pelas ideias que a gente estava tendo, das conversas que a gente estava tendo... Por um lado, eu achei que fosse reconhecimento ao trabalho que a gente estava fazendo aqui na unidade, né?” (Análise).

Os principais motivos que levaram à aceitação da indicação foram a existência de conflitos internos na unidade e o funcionamento caótico da UBS: “[...] e eu falava muito: ‘Olha, o posto vai explodir. O posto vai explodir. Nós estamos perdendo o controle. A gente não sabe mais o que é que faz lá dentro. Eu chego, atendo paciente, vou embora, assim, sem saber o que eu to fazendo realmente, né?’ [...]” (Sofia).

Como médicos da unidade, eles observavam e sentiam diretamente os problemas: fluxo caótico, sobrecarga de trabalho, falta de direcionamento em relação à ESF, falta de exames, reclamações, entre outros. Boa parte desses problemas era provocada pela atuação precária do gerente anterior. Eles não concordavam com os seus métodos. Como um contraponto ao antecessor, pensavam que certamente eles poderiam fazer melhor. “Mas, na época, eu assumi com o propósito bem... é egoísta: para que a coordenadora saísse de vez do posto, do posto não, da coordenação” (Júnior).

Eles tinham experiência na ESF, eram capacitados, conheciam a unidade e estavam motivados. Enquanto excluídos do processo gerencial, eles queriam mudar o ambiente de trabalho e realizar uma gestão mais participativa. Segundo eles, os demais funcionários também queriam participar do planejamento e das decisões:

[...] E eu achava que a gente tinha que ter uma proximidade entre a gestão e os funcionários, sabe? Eu acho que a gente tem que cobrar a hora, que tem que cobrar... Mas a gente tem que ser mãe na hora que tem que ser mãe [...]. E eu queria mudar também essa coisa, eu queria trazer a unidade, entendeu? Eu queria responsabilizar, corresponsabilizar as pessoas, não deixar só na mão do coordenador as questões (Análise).

Na verdade, o meu projeto pessoal era um pouquinho levantar o astral da equipe, que tava meio

sofrida, estava meio abatida. Então assim, o meu projeto era valorizar os profissionais da equipe. Como eu tinha feito, na época, um curso de terapia de família, eu tinha feito um curso de como trabalhar com grupos, eu tava meio com aquela teoria do negócio de trabalhar em conjunto, da importância das pessoas se sentirem pertencentes, de serem donas, também, se apropriarem do que tão fazendo. Então, isso era uma lógica que eu tinha comigo. Eu não queria ser lá o coordenador que transforma tudo e depois dizer que eu não queria isso! (Antônio).

Porém, fazer uma gestão participativa não significou, para eles, responsabilização difusa, conforme veremos mais adiante. Como trabalhadores da unidade, eles queriam incluir os técnicos nas decisões e sabiam que precisariam do apoio deles, pois manteriam paralelamente as suas agendas de médico.

Ao mesmo tempo, eles sabiam que os técnicos precisavam de informações sobre o perfil epidemiológico da população, que queriam organizar a atuação sobre o território segundo as microáreas, e queriam implantar a ESF. E essa foi, também, uma das prioridades da maioria dos gerentes:

Achei bem interessante, achei um desafio. Tentar botar em ordem alguma coisa que não funcionava. Como PSF, não era territorializado. E tentar, de alguma maneira, trazer a experiência que a gente tinha de funcionamento de PSF, que eu trabalhei em Porto Alegre. Um PSF que foi da minha residência. Então, trazer um pouco do nosso, do meu dia a dia, né?! (Análise).

Eu acho que tinha a proposta assim: primeiro organizar um pouco ali. O mínimo que fizesse já era o bastante... [...] Então, o mínimo que eu trouxesse da residência em saúde da família já era o suficiente para organizar legal ali o posto. [...] Tinha uma proposta legal da gente poder construir alguma coisa ali, na comunidade. [...] [...] eu tinha um norte também, que iria transformar o posto de saúde num centro de docência (Júnior).

Eles queriam garantir um ambiente de trabalho mais tranquilo, onde se pudesse realizar serviço de qualidade e construir uma boa relação com a comunidade. Rejeitavam a produção em série, a despeito da qualidade. Mas para isso, precisariam regularizar o abastecimento dos insumos:

[...] a coordenação entochava 20, 30 consultas ali, e você... ou você atendia, ou você... [...]. Então, perdia almoço, perdia... enfim. E isso ficou mais tranquilo, e eu jurei pra mim mesmo que não ia permitir que isso acontecesse... pra ninguém, entende?! (Júnior).

[...] porque eu acho que, nisso, eu consegui trabalhar bem, de não deixar faltar material, de não deixar...é... de brigar. Eu sempre, desde o momento que pisei ali na coordenação, pensava que o posto de saúde tinha que ser... tinha que brigar pra que fosse o melhor posto de saúde, sei lá, do município, o melhor possível... (Júnior).

Um dos gerentes, observando que a antecessora estivera pouco presente na unidade nos momentos de conflitos internos, optou por fazer o inverso: ele seria um gerente sempre presente, embora isso lhe custasse um grande esforço:

Então foi assim ó: a ex-coordenadora, na época, nunca tava no posto, tava num curso, ou alguma outra coisa, ou reunião no posto. Algumas coisas eram muito boas, melhores, porque ela estava por dentro das coisas que estavam acontecendo e estava sempre pedindo as coisas que estavam faltando. E eu fiz uma coisa inversa, eu tava sempre no posto! (Antônio).

Como se pode observar, as suas agendas, que, segundo Kotter (1999), representam as prioridades, metas e estratégias do gerente, estavam fortemente impregnadas pela visão de contribuidor individual: eles queriam participar ativamente das discussões e do planejamento da unidade, criar um clima de trabalho agradável e produtivo, ter insumos disponíveis para o seu trabalho, e implantar a estratégia de saúde da família. Ao assumirem como gerentes, eles tinham a intenção de garantir

essas condições de trabalho. Não faziam referências às prioridades da Secretaria de Saúde.

Essas constatações se aproximam daquelas feitas por Hill (1993), em seu estudo sobre novos gerentes, que priorizavam atividades relacionadas ao bom desempenho dos contribuidores individuais, negligenciando a agenda organizacional e o gerenciamento de pessoas. Porém, diferentemente desse estudo, onde a preocupação com a gestão de pessoal apareceu somente após os primeiros meses de gerência, os novos gerentes médicos já a incluíram em sua agenda inicial. Os médicos estavam interessados em motivar o pessoal, dividir as atividades e coresponsabilizar os técnicos pelas decisões. Embora essa percepção venha, também, da sua experiência como contribuidores individuais, ela é importantíssima, pois estas iniciativas serão fundamentais para que eles deem o passo mais importante para se tornarem gerentes: coordenar o trabalho, dar-lhe um sentido e conseguir que as coisas sejam feitas pelos outros.

4.3.1.2 A rotina do trabalho gerencial

Os novos gerentes médicos imaginaram que teriam tempo para pensar e planejar tranquilamente, mas logo compreenderam que a realidade do trabalho gerencial era muito diferente disso. Ao encararem a rotina diária como gerentes, perceberam que o seu dia a dia era extremamente agitado e frenético, e que seriam permanentemente atropelados por pequenos problemas:

Ah... é bem variado! É bem variado. Tem dia que é uma maravilha, tem dia que é um... eu acho que nunca acaba...

Desligo o carro na frente do posto. Eu não consigo nem chegar até o terceiro andar. Na escada, alguém já vem: “Manoela! Não sei quê, não sei que lá!”, “Manoela! Aquela marcação de exame!”, “Manoela! Não sei quê! Aquele exame! Aquela dúvida! Não sei quê” (Manoela).

Logo descobriram, também, que o tempo seria o seu recurso mais vital. “É uma coisa meio... frenética, e às vezes era tanta coisa que, quando eu tinha um tempo disponível, eu ficava meio perdido e

recomeçava todas as coisas, acabava ficando meio... Esquecia as prioridades, as coisas que tinha que fazer assim. [...]” (Antônio).

Incomodados com a nova rotina, eles perceberam que suas prioridades iam ficando sempre para depois. Alguns se viam como bombeiros, apagando incêndio continuamente, e frustrados por não conseguirem dar andamento ao seu trabalho: “Eu me sinto... eu questiono qual a minha função. Qual a real... Qual a real função do coordenador? É apagar incêndio ou é planejar, gerenciar, organizar...? É triste” (Sofia). “Parte é apagar incêndio. Acho que 80% é apagar incêndio e 20% é... planejar” (Manoela). Eles se sentiam perdidos e cansados, em meio a um mar de demandas:

[...] o trabalho, mesmo, com coordenação, é... cansa às vezes, no sentido de que... demanda algumas coisas que tu não consegue fazer. Algumas coisas que eu gostaria de fazer, como o planejamento. Muitas vezes eu tenho algumas coisas que precisam ser feitas, que eu acho que não consigo levar adiante como eu gostaria. E... essa coisa... de ter que tá... se dividindo entre várias coisas ao mesmo tempo. Então, em questão de organização, várias vezes eu já tentei organizar. Tanto, o fluxo de papéis organizo em pasta e tal. Mas, muitas vezes, o dia a dia acaba dificultando isso e... eu sentia essa necessidade já, mas eu não... por eu tá ali na frente, muitas vezes eu acabo tendo uma facilidade com essa comunidade que chega e me procura diretamente. E aí, enfim, eu me questiono: Pô! Vou definir: terça e quinta de manhã, eu tô ali, pra conversar com a comunidade (Marcelo).

Nesta pesquisa, constatei que a imagem do gerente planejando, organizando e avaliando tranquilamente não era exequível. Essas mesmas constatações foram feitas por Cubas (2005), numa pesquisa sobre a atuação de dirigentes de UBSS em Curitiba (PR), através da qual constatou que as agendas deles eram lotadas por problemas emergenciais, não sobrando tempo para o planejamento. Também correspondem às constatações feitas por Mintzberg (1973), que demonstrou que o trabalho dos gerentes é agitado, fragmentado, reativo, desordenado, político e com predominância da comunicação oral.

De acordo com seus depoimentos, os novos gerentes sentiram-se engolidos por uma rotina intensa de trabalho, onde atuavam como

respondentes, em tempo real, a inúmeras demandas provenientes dos usuários, dos funcionários e dos seus superiores. Inicialmente, achavam que, com o tempo, as coisas iriam se acalmar. Mas logo perceberam que o novo trabalho ia lhes consumir muita energia: “Eu acho que tem que ter pique” (Manoela). Eles precisariam organizar a agenda e dominar o tempo para implantar as suas prioridades:

O que é que eu tenho feito ultimamente: eu procurei me instrumentalizar... usar da tecnologia, pra tentar me ajudar. Por isso que eu troquei meu celular. Então, tudo que surge de demanda, eu ponho ali. [...] Eu tô passando no corredor, quando eu tô lá com os alunos, fui lá pegar uma receita, já vem alguém e me aborda no corredor e já diz um problema da vacina, entende? É impossível lembrar de tudo que tão te passando. Então, o que é que eu faço agora: como o meu celular tem a questão das tarefas, eu boto tudo ali. Então, ali, eu estabeleço as prioridades. Então, se eu tenho prazo, se é uma coisa que não tem prazo, mas não dá pra ficar esperando, eu tô sempre checando ali, pra ver o que eu tenho de pendência, o que eu tenho que fazer. Às vezes, é uma tarefa que dependia de mim: ok! Então eu tô ok, mas não apago ela da lista, pra saber que eu tenho que tá atento, que talvez eu preciso voltar. Então, é o que eu faço hoje. Não vai ficar gravado, mas eu vou te mostrar [risos]. Hoje eu tenho feito o seguinte: tenho uma lista das coisas que eu preciso fazer aqui (Marcelo).

À medida que os novos gerentes de UBS foram se acostumando com a rotina intensa de trabalho, tentaram implantar suas prioridades. E descobriram mais uma condição da sua nova realidade: teriam muito pouca autonomia para resolver seus problemas, conforme também observou Cubas (2005).

Eles precisariam de outras pessoas para fazer manutenção, para garantir o suprimento da unidade, entre outras tarefas. A autonomia tão sonhada para fazer a unidade funcionar ‘redondinha’, não existia:

Pouca... (autonomia). Só pra solicitar. A única autonomia que eu tenho, é pra solicitar o serviço ou escolher uma prestadora, ou chamar uma

prestadora já de imediato, pra resolver o problema. A gente sempre tem que delegar essa função a um outro setor. Então, esse setor é que vai atrás de uma empresa que vá suprir essa necessidade. Então, isso é muito difícil... isso dificulta muito. Pra eu trocar uma lâmpada, eu tenho que solicitar a compra dessa lâmpada para o meu superior. Depois que essa lâmpada chega, eu tenho que solicitar às pequenas obras ou ao patrimônio que venha alguém com uma escada pra trocar essa lâmpada. Então... quando vai trocar a lâmpada, eles veem que o problema é no reator, aí eu tenho que chamar um outro setor pra trocar o reator... Então é muito difícil pra trocar uma lâmpada (Sofia).

O fato do material, por exemplo, eu sei da quantidade de material que eu preciso, mas não sou eu que faço a compra, não sou eu que libero os lotes, não sou eu que faço o pedido adequado pra minha unidade. Mas essa quantidade de material não chega a mim, conforme o pedido que eu fiz. Então não tenho o poder que eu acho que eu tenho, que eu deveria ter. Se eu faço relatório dizendo que eu preciso de uma quantidade “x” de materiais pra funcionar trinta dias, adequado pra demanda, e esse material não vem, não chega, então eu me pergunto: qual é a minha função de gerente? O que é que eu faço? O meu relatório não tem valor, na hora de ser levado em conta a minha gerência? Por que eu tô aqui!? Eu sei a minha necessidade aqui. Eu sei a minha demanda, eu sei exatamente o que que eu vou utilizar. O que que eu preciso, o que a comunidade quer que eu ofereça. E eu estou na conta. E eu estou diagnosticando tudo isso. Então, quando eu faço um relatório, esse diagnóstico já tá trabalhado aqui dentro. Então, ele vai ser levado em conta? Sim ou não? Geralmente não é levado em conta. Qual é realmente o papel do gerente de saúde a nível local? (Sofia).

Eles descobriram que o único recurso com o qual poderiam contar eram os seus subordinados e descobriram que dependeriam de outras pessoas para contratar pessoal, para suprir a unidade de material e de

medicamentos, para serviços de manutenção, para quase tudo. Eles precisariam argumentar, justificar pedidos, negociar insumos. Eles se sentiam impotentes. Era mesmo preciso muita energia para gerenciar tantos problemas com tão pouca autonomia. Um desafio:

Bom, pra começar é um desafio. Ser gerente é um desafio. Porque, ser gerente, você gerenciar uma coisa que você não tem todos os poderes, né? [...] Você sabe que gerenciar uma unidade de saúde pública sem ter essa autonomia completa pra fazer as coisas funcionarem é complicado. É... deixa uma certa insegurança. Porque você detecta uma falha, você sabe qual é o mecanismo e qual deve ser o ponto de ação pra sanar essa falha, mas você não tem esse poder todo nas mãos. Você, por exemplo, precisa de RH, precisa treinar esse RH pra executar aquela função da melhor maneira possível, mas você não consegue contratar o RH. Tá fora da tua alçada, você não consegue treinar esse RH, no setor, se não envolver terceiros, se eles tão disponíveis pra esse treinamento ou não. Então, é... gerenciar uma unidade de saúde é um desafio frente a essas, a essas dificuldades. De ter o poder na mão de resolubilidade, você não tem (Sofia).

4.3.1.3 O peso das prioridades institucionais

Enquanto os gerentes tentavam dominar o tempo e a rotina diária, descobriam mais uma nova realidade: que seriam pautados o tempo todo por outras prioridades inesperadas, as dos servidores a ele subordinados, as da instituição e as de seus superiores.

Através do relato dos médicos gerentes, observei que uma das primeiras atividades que assumiram, ligada aos interesses institucionais, foi a rotina burocrática da unidade. Inicialmente, tiveram uma certa dificuldade em lidar com normas e papéis tais como a coleta sistemática de informações, as rotinas de solicitação de material, os relatórios de frequência, os pedidos de manutenção, os pedidos de exames e cancelamento de consultas, entre outros documentos. Mas isso foi rapidamente absorvido e, como não contavam com funcionários para apoio administrativo, e o tempo, para eles, era precioso, foram delegando a tarefa a outras pessoas, sempre que possível:

[O tempo era consumido em] Alguma reclamação do paciente com alguma coisa. Bastante, bastante. Ah... e coisas burocráticas. Tipo... fazer solicitação, fazer correspondências internas disso e daquilo, lâmpada queimada, isso e aquilo... Sempre tinha alguma coisa, como a renovação de um contrato de um funcionário... No final do mês, tinha a pelada: fechar as fichas ponto, a entrada na medicação, essa coisa.

Tinha muita coisa que era só o coordenador que podia fazer: mexer na agenda das pessoas, abrir horário, fechar horário, cancelar consultas, tudo, tudo. Porque era, só a minha senha, às vezes, fazia essas coisas. Então, fazer solicitação de material, outras formas de solicitação, as enfermeiras faziam, né? Depois, eu enviava, mas tinha algumas coisas que tinha que ser com a minha senha. Às vezes até abria, deixava fazendo com a minha senha (Antônio).

Outra atividade que lhes consumia muito tempo eram as reuniões com os superiores. Inicialmente, eles consideravam que elas eram perda de tempo. “Tinha muita reunião, direto, reuniões intermináveis e infrutíferas assim, sem levar pra muito lugar... [...]” (Júnior). Mas depois, percebendo que eles mesmos faziam suas reuniões, entenderam que era um momento de fazer contatos e saber das prioridades institucionais.

Essa rejeição inicial às atividades ditas burocráticas foi também observada por Hill (1993). Ela observou que os gerentes inicialmente tendem a considerar a rotina burocrática não como sendo um serviço inerente ao papel do gerente, mas uma incômoda solicitação dos seus superiores. Somente com o tempo eles começam a entender a importância dos fluxos administrativos e a se inserir no processo gerencial mais amplo, utilizando as informações, delegando atividades e até propondo fluxos alternativos.

Além das atividades burocráticas, os gerentes foram também surpreendidos por atividades urgentes, demandadas pelos seus superiores, muitas vezes sem aviso prévio. “[...] Relatórios também, isso era direto. Por exemplo, ‘Precisamos pra amanhã uma lista de todos os pacientes na central de marcação de consultas’. Um mutirão. E aí...” (Júnior). Incorporar essas demandas foi difícil.

Eles queriam ser consultados em relação a normas emanadas pelos superiores e que interferiam no andamento da unidade. Mas, como

isso nem sempre ocorria, ficavam indignados. Muitas vezes, discordavam absolutamente dos encaminhamentos. Imputavam a essas demandas toda a dificuldade de implantarem as próprias prioridades. Foram seus momentos mais difíceis:

Eu acho que o momento mais difícil pra mim foi quando veio a normativa da farmácia! Porque assim: é... tudo que fazem, eles não consultam na ponta! É uma coisa assim, que eles vão botando, vão botando, vão botando, e eles não sabem como é que a gente trabalha aqui! Entendeu? Aí vem uma normativa goela abaixo, né? Que tu tinha que cumprir, que tu tinha que fazer! [...]

As pessoas... tinha aquela coisa rigorosa de não poder, de não poder, de não poder, que não sei o quê. E aí, sob pena de o coordenador se responsabilizar e sofrer processos administrativos, e não sei quê. Então tudo... foi muito mais na base da ameaça, sabe? (Análise).

Foi um horror assim! Porque os pacientes ficaram todos revoltados. Todo mundo chegava, brigava, porque mudou tudo de uma hora pra outra, não teve um... um preparo. Não teve uma... uma coisa, assim, de acostumar os pacientes a terem um outro tipo de comportamento. A gente sabe que eles querem tudo na hora e eles querem do jeito que é pra ser e que eles querem que seja. E é uma coisa de educação, tu não pode, de uma hora pra outra, mudar o sistema de atendimento. E a gente foi advertido verbalmente, inúmeras vezes, aqui, e a gente chamou os farmacêuticos: “E assim, e é assim, e pronto!” Né? A gente, pô: “você não convive com as pessoas, você não sabe como é que tem que ser!” Esse, pra mim, acho que foi um dos momentos mais difíceis, sabe? Que eu tinha que ficar engolindo, engolindo, engolindo e as pessoas com razão, né? (Análise).

Os gerentes se sentiam muito mal, como se estivessem sendo traídos pelos superiores. Sofriam uma pressão enorme por parte da população, e precisavam mudar as rotinas da unidade, sem ter tempo para capacitar adequadamente os funcionários ou preparar a população para

tanto. Os resultados desse despreparo foram a confusão, as agressões, a ansiedade.

Dessa forma, administrando imprevistos e demandas dos superiores, os gerentes descobriram mais uma das funções a eles atribuídas. Embora já as tivessem observado quando eram contribuidores individuais, não imaginavam o quanto era desgastante fazer a interface entre a instituição Secretaria de Saúde e a população:

Porém, é difícil ser coordenador, porque muitas vezes você tem que dizer não. Como médico não, o médico encaminha pro oftalmologista, ele diz sim, para ele está claro. Eu vou dizer não várias vezes! Eu vou conseguir argumentar com ele, com o paciente, dizer que encaminhei e, se ele está demorando na fila de espera, é questão administrativa e tudo mais. Ali não, eu era o... entende?! Quem dava esse respaldo, a população não queria saber, porque que o exame não estava sendo marcado... ele não queria saber, ele queria saber por que o posto de saúde não marcou, e deu! Então... tinha esses dois lados.

Antes, eu era muito bem visto como médico, eu acho, pela população, muito bem avaliado pela população, muito querido. E como coordenador, eu acho que não. Não havia lideranças que estavam mais presentes (Júnior).

As UBSs eram a porta de entrada da população aos serviços de saúde e também o ponto principal de contato com a instituição. Assim, essas unidades teriam de arcar com todos os ônus dos problemas institucionais, e os gerentes se viam como ‘testas de ferro’ da secretaria de saúde e do próprio governo de seus municípios.

Enquanto alguns gerentes resistiam às demandas inesperadas do nível central, outros, já mais alinhados com os superiores, as viam com maior naturalidade e engajavam-se mais facilmente na sua implantação:

Você mostra pra pessoa que, por exemplo, aquela normativa lá da farmácia, meu pai do céu! Meu pai do céu, pra fazer cumprir aquilo, imagina, você falar pro técnico de enfermagem, que dava óxido de zinco pra qualquer um que chegava, dava paracetamol pra qualquer um que chegava... Não, eu acho perfeito. Eu, ideologicamente, acreditava

naquilo. Então eu comprei a ideia e não sei o que, e segui com a ideia. Mas você, pra dizer aquilo, então em muitos momentos eu tive que ser muito dura, mas ninguém tem rancor de mim (Manoela).

Essa gerente, mesmo reconhecendo as dificuldades de implantação, concordava com a norma e resistiu pouco à sua implantação. Além disso, ela já percebia que a agenda institucional era sua também.

Essas percepções me fazem reportar novamente ao estudo de Hill (1993) com os novos gerentes. Ela constatou que, enquanto os novos gerentes de vendas tinham dificuldade de lidar com a agenda institucional, os seus superiores tinha a expectativa de que eles, os gerentes, implantariam essas agendas. Nesse contexto, certo nível de conflito é inevitável. Como os médicos gerentes estudados não participaram de nenhum processo de discussão em relação às prioridades municipais, eles só as foram descobrindo aos poucos, na medida em que eram surpreendidos por normas e rotinas que emanavam do poder central.

A conciliação entre as suas agendas e as dos subordinados foi inicialmente tranquila. Como tinham sido também contribuidores individuais, os interesses de ambas as partes eram semelhantes. Porém, na medida em que eram pressionados a implantarem a agenda institucional, surgiram os conflitos. De um lado, eles próprios precisavam aceitar uma agenda não pactuada; de outro, precisariam convencer os subordinados a implantá-la.

Assim, eles descobriram as agendas institucionais sem aviso prévio. Elas limitavam e, por vezes, até condicionavam o seu trabalho local. Começava a ficar claro, para eles, que o seu trabalho como gerentes seria o resultado do equilíbrio alcançado entre as coisas que eles eram obrigados a fazer, as coisas que não poderiam fazer e, finalmente, as suas escolhas (STEWART, 1982). O desempenho como gerente seria o resultado alcançado através desse equilíbrio de oportunidades.

Porém, as demandas institucionais não pararam por aí. Os gerentes ainda precisavam aprender a conviver com a agenda política dos governos municipais. Embora convivessem com a política desde cedo, como contribuidores individuais, o seu posicionamento anterior era mais distante e individual, fruto do seu próprio arbítrio. Agora, passaram a fazer parte de outro time, o dos gerentes. Eles eram membros da gestão, e isso, embora não significasse obrigação de afiliação partidária, fazia com que as questões políticas e até eleitorais comesçassem a tangenciar suas vidas de forma contundente, conforme percebe uma gerente, em relação ao posicionamento do conselho local

de saúde: “Então eles também... essa questão ainda do posto, da troca de posto, ainda tá quente no conselho, né? Porque você faz uma promessa de campanha e não foi cumprida, e coisa e tudo... então isso ainda tá fervilhando” (Análise). Eles perceberam que as decisões não eram somente técnicas, mas que respondiam também a interesses políticos. E isso poderia relativizar tudo:

O que eu não gostei é da... porque não adianta um lugar funcionar direito, e o resto não é assim, o resto não funciona dessa forma, né? O funcionamento das outras coisas é totalmente diferente. O relacionamento das coisas é político, não é um funcionamento organizacional em si, né? As decisões são políticas. Tem o estatuto do servidor lá, mas ele é usado da forma a ser mais usada politicamente (Antônio).

Conviver com decisões políticas, para os técnicos, médicos da família e da comunidade, foi um dos seus maiores desafios. Como a maioria dos participantes da pesquisa ficou mais de dois anos no cargo de gerente, teve, também, de viver pelo menos uma experiência de pleito eleitoral. Essa foi mais uma pauta acrescentada à agenda dos gerentes:

Em época de eleição, é meio complicado, “não pode isso, não pode falar aquilo, não pode botar cartaz, não pode...” Você é tolhido de um monte de formas, né? Eu sempre sou muito visual, então eu vejo que a farmácia não vai funcionar ou se o médico tal não veio, “bota um cartazinho, não sei quê”. E agora não pode nada. Tem o lance de política! (Manoela).

Aí a gente fica sendo convidado para encontros com candidatos... tem vários candidatos entre os funcionários... E pedem para a gente estender o convite para os funcionários, ah... eu me sinto... [...] Ah... isso é horrível, né? [...] Os últimos dois que teve, eu não chamei ninguém! Eu não vou ficar chamando pessoas pra comício, entendeu? Isso é uma posição minha! É uma posição minha! Senão depois, ah... você fica queimada com aquilo ali, eu acho... acho muito antiético! (Manoela).

As questões políticas começavam a chegar mais perto, interferindo na sua atuação como gerente, perpassando as discussões na comunidade, entre os funcionários, na própria administração. Um dos gerentes, tendo recebido uma determinação de mudar alguns procedimentos da unidade devido ao período eleitoral, não hesitou: como já estavam discutindo essa pauta, transformou e ajustou as demandas internas e a dos superiores, e cumpriu a determinação sem problemas. Aos poucos, os gerentes começaram a dominar mais essa agenda e a encará-la com mais tranquilidade:

E... e assim, a gente... eu não tenho tido grandes problemas com isso. Agora recentemente, por exemplo, me disseram: “Ah... abre a agenda”, né? “No período eleitoral, não quero mais fila na frente da unidade”. Mas a gente já vinha num processo de trabalhar a agenda do médico (Marcelo).

Tem havido alguns problemas, agora é época de política, então... isso tem prejudicado um pouco o trabalho do conselho local, né? Porque misturou política com eleição do conselho comunitário e aí, o pessoal meio que tá dividido com essa eleição do... conselho comunitário também. Mas nada que afete a nossa posição enquanto coordenador. Tanto um lado, como o outro compreendem o nosso papel ali dentro e tenho sido parceiro, independente das outras questões que passam internamente. Tem mais afetado o trabalho do conselho diretamente do que o meu trabalho, digamos, enquanto coordenação (Marcelo).

E assim, aos poucos os gerentes aprenderam a lidar com a agenda dos superiores e com a pauta política. Esta, com mais dificuldade. Quando eram contribuidores individuais, a política já interferia diretamente no seu trabalho. Ao assumirem a gerência, ela lhes exigia outro tipo de posicionamento como membros da administração, como profissionais e como pessoas. Eles conseguiram dominar essa situação.

4.3.1.4 Articulando e negociando para implantar a sua agenda

À medida que o tempo passava, os gerentes perceberam que, como não tinham autonomia para resolver os problemas da unidade, preci-

savam fazer contatos e negociações com outros setores. Alguns deles identificaram, nas prioridades e ações institucionais, oportunidades estratégicas de implantar a sua própria agenda.

Uma gerente precisava de mais técnicos na unidade, para melhorar o atendimento à população. Percebendo que os superiores estavam interessados na consecução de metas, procurou mostrar serviço: cumpria as suas metas e, em troca, pedia pessoal. Ela também identificou, em decisões organizacionais (aumento nos salários dos agentes comunitários), oportunidade para motivar os funcionários a conseguir melhorar ainda mais o seu desempenho. Em troca, pedia mais pessoal:

A visão que a Secretaria tinha, era de números, números técnicos, metas a atingir. Muitas vezes a população não tá interessada nas metas que a Secretaria quer. Ela quer um acolhimento, ela quer um médico humanizado, ela quer uma resolução humanizada, ela quer o funcionário disponível pra ela. Ela não quer saber se a gente vacinou três milhões não sei quanto, ou se a gente fez um número de preventivos X, ou se a gente tá economizando em exames, ou se a gente tá solicitando menos exames... Isso a população não quer saber. Ela quer um RH, ela quer é... seres humanos disponíveis para ela (Sofia).

Então... aí eu comecei a solicitar esses recursos humanos pra Secretaria e expondo a eles que, pra ter uma resposta técnica, eu precisava de executores, pessoas que executassem funções e que dessem essas respostas. E... de uma certa forma, eles até tentaram... não é 100% ainda o meu quadro de funcionários, mas eles tentaram suprir. E... eu me comprometi comigo mesmo a dar essa resposta que eles queriam, em números (Sofia).

E esse ano é... No ano passado, a gente não conseguiu atingir todas as metas de vacinação, porque eu tava sem funcionários. Os agentes de saúde não estavam motivados. Então eles ganharam aumento... eu consegui motivar eles a exercer as funções deles de uma maneira melhor. Então estão se sentido mais é... dentro, mais compromissados e... eles me deram a resposta. Eu pedi: “Agora eu quero a resposta, vocês ganharam aumento, vocês tão

sendo reconhecidos, então eu quero que vocês provem que vocês estão felizes na função de vocês”. E nesse ano, nós atingimos todas as metas, nós vacinamos todas as nossas... a população de idosos, nós atingimos mais de 100%; a pólio, nós atingimos 100%; a rubéola, nós atingimos 135%; então nós atingimos todas as metas; o número de preventivos, nós vamos atingir 100% também. A gente estipulou estratégias pra atingir essas metas. Então o que é que eu fiz: eu dei a resposta que a Secretaria queria. Aí, baseado nisso, eu peço resposta... direto à parceria deles pra minha, né... pra minha... a minha meta, que é atender a população da melhor maneira possível, e que é o que a população quer também... É o sistema humanizado, que não tem números, que não é porcentagem, é relação interpessoal. Não tá 100% ainda, essa relação interpessoal, mas as metas foram atingidas (Sofia).

Dando respostas em números, sabendo aproveitar oportunidades institucionais, a gerente iniciou um movimento positivo muito importante. Estabelecendo metas para sua equipe e atingindo as metas institucionais, conseguiu mais pessoal. A população, melhor atendida, reclamava menos, pois estava mais satisfeita. População satisfeita deixa os superiores satisfeitos e dá mais crédito para a casa. Essa gerente conseguiu responder às expectativas dos superiores através das ações de liderar e motivar a equipe para a implantação da agenda institucional (HILL, 1993). Além disso, teve a habilidade de articular e conseguir implantar sua própria agenda e a agenda da população.

Argumentando, negociando e lutando pelos interesses da unidade, os gerentes foram aprendendo a vencer resistências e a conseguir aliados em outros setores:

Provavelmente, porque ele também viu que eu também tenho é... competência pra fazer o que tô fazendo. E quando eu chego a pedir, a solicitar alguma coisa, eu já apresento um relatório pronto. Eu aprendi que tudo que eu faço, fazer um relatório dizendo porquê, pra quando, é... consequências: se não foram feitos, se não forem feitas, o que é que vai levar... Então eu já entrego tudo

pronto. Então... aí as coisas vão deslanchando (Sofia).

[...] Se não me entregam aquilo que eu peço, eu peço de novo, eu peço exaustivamente, eu... vou atrás das minhas chefias, tento argumentar corpo a corpo, é mostrando é... relatórios técnicos que me embatem no meu pedido, de que eu preciso e cobro argumentos técnicos de volta, por que eu não fui atendida nas minhas solicitações. Então, eu tenho tido uma resposta, vamos dizer, entre cem por cento e quarenta por cento, eu tenho sido atendida por causa desse meu embasamento. Porque eu procuro apresentar relatório técnico e peço resposta técnica também. Então, às vezes, agora eles pensam duas vezes antes de não atender o meu pedido, porque tu também... (Sofia).

Os gerentes conciliavam as agendas dos subordinados e a da organização com a sua e atuavam como negociadores, dentro e fora da unidade, para sua implantação.

Outro gerente percebeu que o acolhimento e o atendimento médico, de acordo com a territorialização, era uma demanda tanto dos técnicos como da instituição. Sabia que, enquanto uns desejavam um atendimento humanizado e responsabilização, outros desejavam silenciar a população e segurar a fila de espera para o atendimento. Mesmo percebendo interesses diversos, ele foi em frente, discutiu com seus superiores, solicitou apoio e, conciliando as agendas, implantou reformas:

Eu acho que era uma demanda interna também das pessoas, de quererem se apropriar um pouquinho mais dos seus pacientes, apesar de que tem uns, tem sete mil pacientes assim... Então, eu acho que até trouxe um pouquinho mais de satisfação, principalmente aos médicos, enfermeiros, de poder... aos médicos, principalmente,... ter os seus pacientes e se preocupar só com eles, e não ter que tá... Mas... então, a gente modificou... então, essas coisas que a gente modificou, tirou a fila. Daí, no final da reunião, eles [as pessoas da secretaria] aproveitaram pra dizer: “Ah! Então tem que resolver outras coisas, a fila não pode ter mais, que a fila desta unidade sempre foi famosa”, né? Não pode ter... de repente, muda o atendimento

pra temporário também, né? Bem, e com propostas assim: “se vocês fizerem as modificações, a gente vai tentar apoiar vocês, vamos conseguir o que vocês querem, pra vocês conseguirem trabalhar direitinho” (Antônio).

E... e daí, e daí, a gente... eu fiz uma proposta em agosto, né? E [...]... nós íamos nos reunir com os médicos e enfermeiros da unidade durante tantas noites e, no final dessas noites, nós teríamos uma modificação no formato do atendimento. Entreguei a proposta pra população, para a secretaria, e a gente cumpriu (Antônio).

E daí a gente foi com algumas... é... algumas solicitações, né? Existia a perspectiva de a gente ter tido mais técnicos, ter mais administrativos... Pelo contrário, de seis auxiliares administrativos (que já eram estagiários), a gente perdeu cinco, ficou com um só... Até porque, negociação a gente sempre teve, né.

Mas assim, como eles estavam solicitando, foram lá... “vocês façam... façam, que a gente faz o possível”. Mas, das promessas... o que eles conseguiram, depois de sete meses, eles, foi um trocinho eletrônico, porque [antes disso] a gente tinha que gritar o número. Era uma senha, então a gente tinha que berrar 136 [gritando]... [...] Eu tirei fotos, eu tenho fotos daquilo [...] Precisei disso, assim, e isso foi depois de sete meses, oito meses, pedindo que arrumassem entendeu?! (Antônio).

Esse gerente liderou um grande processo de mudança numa unidade onde a pressão da população e a sobrecarga de trabalho eram consideráveis. Conseguiu fazer mudanças profundas, e praticamente irreversíveis, em toda a sistemática de atendimento, de fluxos e de procedimentos. Em troca, negociou apoio dos superiores para conseguir mais auxiliares e materiais. Precisava de mais funcionários administrativos para a recepção e queria se dedicar exclusivamente à agenda da gerência, pois já não era mais possível conciliar a agenda de médico e a de gerente. Ele não dava mais conta do serviço. Porém, o retorno prometido pelos superiores não aconteceu. Ao contrário, perdeu pessoal e não foi autorizado a atuar somente como gerente. Sentiu-se traído. Tinha conseguido motivar os funcionários e implantou reformas

quase impossíveis, naquela conjuntura. Nesse processo, sua equipe foi à exaustão. E ele, percebendo que o esforço da equipe não foi recompensando, sentia a sua liderança ruir. Por que teria acontecido aquilo? Por que os superiores não explicaram as razões para não cumprirem as promessas feitas? Teria sido por limitação orçamentária? Mudanças de planos? Por que não conversaram sobre isso com ele? Ele conseguiu responder aos interesses da organização, dos funcionários e da população, mas ficou sem apoio numa hora em precisou.

4.3.1.5 Tomando decisões e conquistando a autonomia local

Absorvendo as pautas institucionais, argumentando, negociando, os médicos gerentes logo aprenderam que, apesar de aparentemente impossíveis no início, existiam espaços para atuação local. Aos poucos, foram ficando mais corajosos, assumiram mais riscos e fizeram adaptações em normas emanadas dos seus superiores. Assim, adaptando orientações centrais, conseguiram convencer os subordinados a implantá-las:

Eu acho que nessa hora [uma determinação superior de difícil aceitação] assim, eu tinha que cumprir, entendeu? Eu tinha que transformar essa coisa aqui na garganta, tinha que fazer passar, todo mundo tinha. Eu acho que criando certos mecanismos assim, muitas vezes eu, a gente criava por fora, entendeu? Tipo da... da normativa assim, aquela coisa tinha que passar... Mas a gente tinha que criar alguma coisa pra não ser tão indigesto pra unidade (Análise).

Correndo riscos, adaptando-se a situações, negociando, eles foram também aprendendo a conviver com as soluções imperfeitas e a serem mais flexíveis. Antes, como médicos, detinham o controle do seu processo de produção; agora, como gerentes, precisavam conviver com informações imprecisas e soluções parciais:

Outro aprendizado também foi que, como médico assim, se fica naquela expectativa de querer resolver tudo, de querer... Na gestão, eu tive que aprender que nem tudo, assim, a gente conseguia resolver que... muitas vezes a gente vai apagando incêndio, vai, e... acho que isso foi um aprendizado também. E lidar com isso sem sofrer tanto, né?

Como médico, você fica angustiado, fica preocupado e tudo mais, se não fechou um diagnóstico, se o paciente tá sofrendo e tudo mais (Júnior).

[...] Então eu acho que, às vezes, a gente tem que... tem que deixar as coisas acontecer. O importante é que os objetivos sejam alcançados no final, não interessa o caminho que se siga, o interesse é que o objetivo seja o mesmo e seja alcançado no final. Então tem gente que, às vezes, determina um único caminho quando tá no poder, e as pessoas são obrigadas a seguir aquilo, e nem sempre a gente consegue, nem sempre é tão fácil pra todo mundo seguir essa linha reta. Algumas vezes a gente tem que dar... fazer uns atalhosinhos, né?! E sem prejudicar o andamento da Unidade (Análise).

Esses gerentes compreendiam que o gerenciamento envolvia decisões de médio e longo prazos, e que o processo, mesmo não sendo perfeito, conduzia a um horizonte desejável. Percebiam, cada vez mais, que as suas decisões impactavam não apenas o seu cotidiano, mas se refletiam em toda a unidade e até na organização.

4.3.1.6 A dificuldade de conciliar a agenda do médico com a do gerente

Ao assumirem a gerência das UBSs, todos os médicos continuaram suas atividades clínicas, dividindo-se entre o papel de gerente e de médico da família e da comunidade: “[...] É,... passei por um período tendo que conciliar atividade enquanto médico e coordenador, que realmente é... complicado, né?” (Marcelo).

Porém, ao sentirem a rotina frenética em que se envolveram, perceberam a enorme dificuldade de conciliar as duas agendas. O médico, era constantemente interrompido em suas ações para desenvolver atividades gerenciais. O gerente, era permanentemente solicitado para desenvolver atividades médicas. O equilíbrio das agendas se mostrou impossível. As consultas médicas eram sequencialmente interrompidas. Era um modelo de gestão onde todos perdiam: o gerente, o médico, os funcionários e, principalmente, a população:

Era um caos! Porque, enquanto coordenadora, eu deixava de ser médica e, enquanto médica, eu deixava de ser coordenadora. Então, assim... era todo mundo, o meu consultório era uma... era sempre aberto. Os pacientes perderam um pouco a privacidade, porque eles eram interrompidos nas consultas, muito vezes, de eu ter que sair, ter que resolver algum problema da unidade, algum telefonema, ou uma... Então complicou muito esse lado. Por que os pacientes... uma paciente disse: “é a décima vez que entram aqui hoje, né?” E eu: “me desculpa, né?” Porque assim ficou muito complicado, e... esse lado né? Porque assim, como a gente falou... porque eu tava presente em tudo (Analise).

A gente não consegue ficar... e eu também não deixava de ser médica no turno que eu era coordenadora. Então, alguma coisa que acontecia, alguma coisa... não tinha ninguém, eu também atendia, né? (Sofia).

Muito, muito, muito frequentemente tinha que tá desmarcando todos pacientes, porque tinha uma reunião que era inventada em cima da hora, tinha que ir. Às vezes, tu tinha desmarcado um paciente por causa da reunião, mas aí mudavam a data, daí tinha que fazer todo... ah! Era um... um pé no saco! (Antônio).

Foi uma época de muito estresse. A experiência não foi positiva para ninguém. Com exceção de um médico, que fazia questão de manter o atendimento clínico, todos os demais solicitaram dedicação exclusiva para a atividade gerencial:

Eu... eu fazia, dos meus cinco períodos da agenda médica, dois eram de acolhimento. Depois eu aumentei pra dois, de acolhimento e... cinco, de consultas e fazia... três, de administração. Não, não dava conta e... chegou no final, eu cansei. Tipo assim, não tá dando... não dá... eu aumentei de novo pra cinco de administração. Mas assim, desde que a gente fez as mudanças, a gente achou que fossem me dar 40 horas [como gerente], ou

que tivesse, em algum momento, alguém [de apoio] com 40 horas, né? (Antônio).

Quando esses médicos solicitaram o direito de se dedicarem exclusivamente à gerência, tiveram a intenção de se liberar do trabalho de médicos para poderem se dedicar à agenda gerencial. Eles pensavam que, dessa forma, conseguiriam mais tempo para implantar suas prioridades. A despeito de todas as dificuldades e da rotina frenética do cargo, eles queriam ser gerentes.

Porém, apenas três médicos conseguiram autorização de seus superiores para se dedicarem exclusivamente à gerência. Os outros não o conseguiram. Essa negação levou-os a um estresse progressivo e, a partir daí, somente a atividade médica lhes dava algum retorno positivo. E eles retornaram à atividade médica, como contribuidores individuais, em busca do abrigo seguro do trabalho técnico. Por que não conseguiram autorização para a dedicação exclusiva? Trabalhavam em grandes unidades, estavam motivados e empenhados, não estavam correspondendo às expectativas dos seus superiores? Tomaram uma decisão tão difícil para um técnico, desenvolveram expectativas, para depois acabarem exauridos de suas forças, por não conseguirem tempo para suas agendas. Sem fôlego para nadar e sem apoio, eles desistiram de continuar a travessia para a gerência. Porém, já haviam aprendido o suficiente para saberem o que significava ser um gerente de UBS.

No entanto, os médicos que conseguiram a dedicação exclusiva também tiveram suas decepções. Se imaginavam que teriam mais tempo livre, esse tempo foi rapidamente ocupado pelas demandas gerenciais e, mesmo sem o compromisso das agendas, eles continuaram sendo procurados para dar suporte técnico como médicos, para fazer atividades como fornecer receitas etc.:

Fica, pelo fato de ser médico. Por exemplo, hoje de manhã, eu não tinha médico. A médica que fica de manhã ficou doente. E aí não... não tem como, você... você primeiro é médico, depois você... [...] Eu tenho muita demanda como coordenadora e tenho demanda assim: sempre falta alguém, sempre alguém fica doente... Sempre o filho de alguém tá doente, sempre tem uma receita pra renovar, sempre tem um... (Manoela).

Então, como eu sou médica, o médico pode executar muitas funções dentro de uma unidade de

saúde. [...] Porque a gente consegue ter um nível de resolubilidade muito maior que outros funcionários. Porque muitos problemas, a população vem pra unidade em busca do médico. Ainda é assim. Quando não tem médico na casa, o posto esvazia. Então a população ainda tá muito medicocentrada. Então, muito das coisas que tumultuam no atendimento [...], o médico chega até o fim do problema, ele consegue resolver. Se fosse outro técnico, o paciente chega aqui com uma dor, não tem médico, não tem acolhimento, não tem urgência... O coordenador, sendo médico, ele acolhe, medica e... o paciente sai pronto (Sofia).

Os gerentes descobriram que não era possível abdicar de suas funções de médico. Eles conseguiram se liberar da agenda diária de pacientes, mas o médico que eles eram continuou a ser solicitado. Eles se tornaram uma espécie de reserva técnica, cobrindo faltas de médicos, supervisionando curativos, fazendo receitas, auxiliando no acolhimento, encaminhando pacientes. Os médicos gerentes perceberam que a identidade de médico transcendia a sua decisão de ser gerente.

Há anos discute-se que o modelo de atenção à saúde é medicocêntrico; fala-se da necessidade de sua revisão, da importância das equipes multiprofissionais e da necessidade de resolubilidade. A ESF aparece como a principal proposta nesse sentido, valorizando a atuação multiprofissional.

Porém, mudar um modelo de atenção à saúde, secularmente centrado nas atividades médicas, não é coisa simples. Se, de um lado, existe a questão da resolubilidade, de outro, tem a questão cultural. Outro dia, senti claramente esta dificuldade: estávamos em visita a uma UBS, conversando com a gerente, que era uma enfermeira maravilhosa, como técnica e como gerente. Admirávamos a sua atuação gerencial, a sua liderança, quando ela falou o imprevisível: “[...] quando o médico não vem, a gente coloca um cartaz na frente do posto, avisando. Então é uma tranquilidade, não vem ninguém. O posto fica vazio. A gente aproveita e bota nossas atividades em dia”. Seria, talvez, apropriado educar a comunidade, mostrar a ela que os outros profissionais também podem responder às suas demandas, não apenas o médico. Seria necessário trabalhar as mudanças nas práticas de saúde.

4.3.1.7 A rede de relacionamentos

Para executar suas prioridades, os gerentes contaram, principalmente, com o apoio da sua equipe e com o apoio da comunidade, mas precisaram articular também com gerentes de outros setores e os superiores da instituição. Observando suas trajetórias, percebi que, quanto maior era sua rede de contatos, mais agendas conseguiram implantar e mais tempo permanecerem nos cargos.

Essa constatação corresponde às observações de Kooter (1999), segundo as quais os gerentes se utilizam fortemente da rede de contatos para obter informações, para influir diretamente no processo decisório da organização e implementar sua agenda. Para o autor, os novatos tendem a demorar mais a formular sua agenda de trabalho e a implementá-la, porque ainda não têm uma rede de contato estruturada.

Enquanto alguns só perceberam a importância da rede de contatos mais tarde, outros, hábeis e articuladores, perceberam nela, inclusive, uma condição para assumir o cargo: “Eu acreditei que o momento era bom, o Marcos tava ali... seria meu chefe, então seria um momento bom assim, e que, o mínimo que fizesse ali... o mínimo... seria muito bom, [...]” (Júnior). Esse gerente percebeu que, contando com apoio do seu superior, poderia implantar as mudanças preteridas. Fez uma boa avaliação política inicial, articulou a comunidade e implantou a sua agenda.

Um dos gerentes, querendo fazer um contraponto com um ex-gerente que costumava se ausentar com frequência, decidiu ser mais presente e permanecer mais tempo dentro da unidade. Com isso, restringiu a sua rede de contatos à própria unidade e à comunidade. Porém, passado um ano no cargo, ele observou a falta de uma rede de contatos. Percebeu que contava com apoio apenas da equipe e da comunidade, e que sua ausência, em outros níveis da organização, o deixou mais vulnerável:

Então, no geral, eu acho assim: sinceramente, eu acho que eu tive uma boa resposta em relação aos funcionários, tinha uma boa resposta em relação ao público. [...] Até por tá bastante presente. O desastre foi em relação à Secretaria. E... até pela minha ausência lá, né? Então, fica mais fácil, eu acho, que tu queimar, tu falar mal, tu fazer as coisas, quando a pessoa é um nome apenas, é ausente. Não existe, não tá ali, né? Então, fica mais fácil, pros outros, ficarem te queimando ou falando... (Antônio).

Articular-se com os diferentes setores da instituição era fundamental para conseguir que as coisas acontecessem. Os gerentes procuram pontos de contatos em setores estratégicos como os de recursos humanos, almoxarifado, informática. Além da rede de contatos formais, os gerentes de UBS procuram outras fontes de informações. Para eles, a rede informal dentro da organização é fundamental para a solução de pequenos problemas da unidade:

[tive apoio] de meus superiores imediatos, mas de um modo geral, no nível central, era muito pessoa dependente. Por exemplo: recursos materiais tinha um embate gritante, porque... era muito importante. Eu acho que, de certa forma, até prejudicava a unidade. É importantíssimo. Porque assim: o fato de quem determina quantos catopril vão vir pro posto ou não, isso é muito importante! Então é... uma parte ali do posto de saúde que não vai funcionar. Entende? Então, cada vez tem que ficar se desgastando, tem que... isso não era legal. Ah... Tinha alguns setores, assim, que eu tinha muito bom relacionamento, alguns programas específicos. Por outro lado, por exemplo, patrimônio não tinha bom relacionamento... Com alguns setores específicos não tinha bom trânsito e isso, eu acho, era ruim assim prá... prá unidade.

Porque assim: é muito dependente quem tá ali administrando, quem tá num cargo de chefia. Por exemplo, meus superiores imediatos, não tem como ter ciência de tudo o que tá acontecendo em todos os... [...]. Então, chegava neles quando a situação era mais complicada mesmo, quando começava a ter algum embate maior. Por exemplo, se faltava algum remédio, vinha a televisão, que noticiava... daí.. “ôpa, pera aí, o que tá acontecendo?” Entende? Aí, a partir desse momento, eles começavam a ter mais atenção (Júnior).

Você tem que ter um bom trânsito... Nisso, eu acho que eu conseguia, de certa forma, em alguns setores. Por exemplo, o fluxo na Secretaria da Saúde, eu acho que nunca funcionou muito bem. Então, quem conhecia e tinha um pouco trânsito, conseguia alguma coisa mais, assim... Cartucho de

impressora, entende? Nunca faltava, era amigo do cara da informática... e assim vai.

Uma rede informal, sim. Em vários setores. Porém dificultou nos que eu não tinha facilidade... dificultou, e muito. Aí é que eu precisava do apoio de quem tava na chefia imediata e... sempre tive (Júnior).

E... isso facilita, sim. Eu sinto que facilita, porque... antes, tu pedia algumas coisas e eu era um anônimo dentro da secretaria. No nível central... eles não conhecem todos os coordenadores de unidade. Como eu tive essa experiência de passar por lá, hoje eu vou no patrimônio, eu vou na obras, eu vou... a gente tem um olhar... a gente sente que tem um olhar recebido de uma forma diferente, como alguém que eles já conhecem... que já teve um, né? Que já transitou ali dentro, que já sentou com eles diversas vezes pra discutir algumas coisas, mas... a gente sente que...

Dizer que realmente existe algum tipo de priorização por causa disso, não é nem essa a questão. Vamos dizer que, quando a gente vai pedir alguma... eu acho que a gente pede e... e tem essa sensação de que as pessoas tendem a olhar com... com uma atenção maior pra aquele seu pedido, né? Ah... dão importância, valorizam mais aquilo que você tá pedindo, por já te conhecerem, já conhecerem um pouco do teu trabalho. Então a gente sente que isso abre porta, sim, nos diversos setores, posso dizer, né? Que hoje, o caminho dos diversos setores da secretaria trouxeram um fluxo bem aberto, bem tranquilo (Marcelo).

Os gerentes articularam contatos com pessoas estratégicas, dentro e fora da UBS, e desenvolveram os vários tipos de papéis descritos por Mintzberg (1973): os de contato, monitor, disseminador, porta-voz e negociador. Eles levavam e traziam informações para a UBS, ao mesmo tempo em que monitoravam o ambiente, adaptavam suas estratégias e negociavam apoio às suas demandas.

Uma gerente, com mais tempo na função, percebeu a importância da rede de contatos e não hesitou em articular contatos em diferentes setores estratégicos. Compreendendo que o cargo lhe exigia interfaces variadas, não apenas a técnica, mas também a política, ela se articulou

com a equipe, a comunidade, com gerentes de outras áreas e até com pessoas de poder político formal, estruturando uma vasta rede de apoio:

Eu tenho grandes parceiros, aqui. Eu me vejo, de uma certa forma, amparada. Primeiro... primeiro é a própria comunidade, eles são os meus maiores parceiros. Eu conheço eles há oito anos, eu conheço noventa por cento dos pacientes que frequentam a unidade. Eu tenho um relacionamento muito bom com eles. Eles conhecem a dedicação da equipe, eles respeitam a equipe...

[...] Eu tenho um conselho local muito atuante, muito representativo, tanto politicamente... [...] E... eu tenho alguns vereadores que reconhecem, que frequentam a unidade e que defendem a unidade, também, na Câmara né... [...]

E... a equipe, a equipe, ela é unida, eles são os meus principais colaboradores assim... Sem eles, eu não consigo efetuar trabalho algum, sem a boa vontade deles, a parceria deles e a visão deles como equipe, [...] (Sofia).

Os meus colaboradores seriam os meus superiores do nível central. [...] Essa é o... as pessoas que eu tenho mais contato, as pessoas do RH. As pessoas do RH também são braços direitos meus, assim... Tudo que eu peço pra elas, elas tentam agilizar. Tenho um contato muito bom com elas, assim.

Ou quando, às vezes, alguma coisa a nível técnico de almoxarifado, por exemplo, aí eu ligo pra chefia do almoxarifado: “Como é que você pode me ajudar, como é que... como que eu resolvo isso?” Sempre peço ajuda de alguém que esteja mais, é... informado sobre aquele determinado problema.

A minha rede informal é muito ativa. E até hoje ainda é muito grande. Toda vez que um paciente não consegue alguma coisa pela rede pública, eu consigo por favores de colegas (Sofia).

Essa gerente organizou uma vasta rede ao longo do tempo, que perpassa todas as áreas de interface com a gerência de UBS: equipe técnica, comunidade, colegas gerentes, superiores, gerentes de outras áreas, como as de recursos humanos e almoxarifado (fundamentais para o funcionamento da UBS), e até uma rede informal importante. Essa rede

significa maior probabilidade de articular recursos, resolver problemas e implantar a sua agenda.

Questionada sobre seu relacionamento com os outros coordenadores, ela diz que é pequeno, que ela os procura pouco e que, ao contrário, como ela é a mais experiente, são geralmente eles que a procuram:

[...] os outros coordenadores não poderiam me ajudar, porque eles tão há menos tempo que eu e, como eu conheço o trabalho deles, às vezes eu sei que eles não... não poderiam me ajudar, porque eles não têm experiência naquilo, assim... entendeu?! Assim, nunca. Pra outro coordenador, é o contrário, eles que... eles que perguntam pra mim... porque eu sou a mais antiga na área, né... eles telefonam pra mim, pedindo como é que eu me comportei em determinada situação... (Sofia).

Diferente do estudo de Hill (1993), em que a autora verificou que os gerentes acionavam principalmente os contatos externos e os pares, os médicos gerentes se utilizaram muito pouco dos contatos com os pares (gerentes de outras UBSs), tendo preferido consultar os superiores imediatos (relacionados à área técnica) e os subordinados.

Os gerentes diversificaram a rede de contatos, estreitaram relacionamentos dentro e fora da UBS, recolheram informações, monitoraram o ambiente organizacional, adaptaram as suas agendas às oportunidades que apareciam, influenciaram em processos decisórios e conseguiram implantar suas prioridades (Kooter, 1999).

4.3.2 Os relacionamentos interpessoais

Os relacionamentos interpessoais foram extremamente relevantes para o gerenciamento da atenção básica, pois envolveram o gerenciamento dos subordinados, praticamente o único recurso com o qual os gerentes contavam para implantar suas agendas, e uma área onde tinham algum nível de autonomia. Ainda assim, houve situações em que os superiores interferiram diretamente também ali, repreendendo, transferindo ou até demitindo funcionários, sem consultar previamente o gerente. O nível de dependência da UBS aos outros setores era altíssimo. Para executar a sua agenda, os gerentes precisaram articular muito bem com as pessoas e desenvolver a capacidade de argumentação. Eles providenciaram os insumos necessários à unidade e motivaram sua equipe para executar a agenda.

A capacidade de inter-relacionamento do gerente era um recurso crítico para o sucesso da empreitada. Eles percebiam este fato: “A minha cara... é a minha relação com os pacientes, a minha relação interpessoal com os pacientes e com a equipe. A minha relação interpessoal é o respeito um pelo outro” (Sofia).

O relacionamento com a comunidade foi considerado tranquilo e bastante linear, tendo sido muito pouco abordado nas entrevistas. No entanto, os relacionamentos com os subordinados e com os superiores emergiram repetidas vezes e de forma contundente.

4.3.2.1 O relacionamento com os subordinados

A interface com os funcionários certamente foi a pauta que mais consumiu o tempo dos gerentes. Saber lidar com os funcionários era fundamental para o desempenho gerencial.

É... trabalhar com recursos humanos (RH) não é uma coisa fácil. Acho que, assim, uma coisa que eu sinto falta, embora a gente acaba aprendendo por uma necessidade no dia a dia, mas que eu acho que é... eu não sei como é que é pros outros, mas essa questão de trabalhar a relação dos recursos humanos, eu acho que talvez é uma das coisas mais complicadas do trabalho enquanto gerente, de você ter que tá... né?! Muitos períodos, às vezes, você tem uma equipe que tá trabalhando tranquilo. Eu tive sorte de sempre ter uma equipe que, na maior parte do tempo, trabalhou sem maiores problemas. Mas, quando surgem as situações no dia a dia, realmente isso é uma coisa mais complicada de lidar do que sentar no computador e planejar a distribuição de sala, como é que vai funcionar o agendamento, enfim, né?! É... tenta, dentro do possível, sempre jogar uma autonomia pra que a equipe faça, né?! (Júnior).

[O que mais incomodava no gerenciamento da UBS] Resolver pendengas que não... que eu não conseguia resolver. Tipo exame, que é atribuição da Secretaria de Saúde do Estado, ou sabe lá de quem é... prover esse exame, e que você não consegue marcar, então... mais incomodava... RH, resolver intriguinhas... sempre tem né, uma

intriguinha de funcionário, brigas... [...] Uns 70, 80%... [do tempo consumido com esses problemas] (Júnior).

Eles logo perceberam que a sua equipe era o grande meio para implantar a agenda. Mas, para poder contar com ela, precisariam, inicialmente, conseguir organizar uma boa equipe, motivá-la para a execução da agenda, saber negociar prioridades, criar credibilidade, avaliar os funcionários, exercer autoridade sobre eles e administrar a atuação individual para obter resultados coletivos.

a) A organização da equipe

Estruturar uma boa equipe de trabalho foi fundamental para o desempenho da gerência. Porém, os gerentes de UBSs tiveram pouca autonomia no gerenciamento dos seus funcionários: não podiam contratar, não participavam da seleção dos candidatos, nem determinavam o seu perfil. Além disso, conviveram com uma falta crônica de pessoal e com a lentidão na reposição de demitidos e transferidos.

Como contribuidores individuais, os médicos percebiam que a unidade precisava ter técnicos que soubessem atuar na ESF, para garantir um bom resultado. Alguns gerentes conseguiram, através da sua rede de contatos, sensibilizar os superiores e intervir na seleção de pessoal para a sua unidade (Kooter, 1990):

Aí, a influência da rede de apoio informal. Falar com o superior: “Ó, eu queria esse médico ali, pra trabalhar, ele quer vir pra cá, ele já tá morando aqui, seria interessante, eu conheço o trabalho dele”. Beleza! Conseguimos a enfermeira que era fantástica, um dos meus superiores já trabalhou com ela, sabia que era muito boa. Trouxemos pra cá. Dois colegas, médicos de família, vieram sem a gente conhecer, mas deu certo, cada um na sua especialidade, assim. Ah... acho que foi por aí (Júnior).

Com uma boa equipe, esse gerente conseguiu implantar a ESF de forma exemplar e até se tornou uma referência em seu município.

Outra gerente teve mais dificuldades para estruturar sua equipe. Esgotadas as tentativas de negociar uma agenda e de melhorar a interface com alguns funcionários, sentiu necessidade, já no início da nova

função, de colocar alguns subordinados à disposição do setor de recursos humanos:

E não foi fácil! Não foi fácil, porque eu tive muito pouco respaldo da Secretaria. É... tanto, na parte de remanejar funcionário, eu tive que exigir remanejamento de funcionário para estruturar a equipe. Porque, senão, eu não conseguia administrar, porque tinha uma leva que não queria que eu assumisse a coordenação, porque eu sempre fui perfeccionista, eu sempre quis que as coisas funcionassem. Então, eles sabiam que iam ter que trabalhar, se eu assumisse a coordenação. Então, teve uma ala que foi contrária. Teve a ala que gostava de trabalhar, que me apoiou. Então foi um impasse aqui dentro, muito grande (Sofia).

Essa gerente assumiu uma UBS com muitos conflitos internos e que precisava ser quase totalmente reestruturada. Ao assumir, encontrou resistências que a impediam de progredir em seu trabalho como gerente. Tomou uma decisão difícil e pediu que alguns funcionários fossem remanejados de unidade. Uma decisão arriscada, que poderia ter comprometido todo o seu projeto de trabalho. Apesar disso, como também tinha apoio interno e negociou com alguns superiores, conseguiu reestruturar sua equipe. Depois desse impasse inicial, para superar o desgaste, investiu fortemente na melhoria dos relacionamentos internos e do senso de colaboração. Era preciso superar a limitação da atuação individual, para que fosse possível a responsabilização coletiva. Como era estratégica, ela conseguiu motivar e mobilizar os subordinados para o senso de equipe:

Quando eu cheguei, eu já sabia o que é que a equipe precisava, né? Então tentei pagar as horas extras e fazer esses funcionários atuarem como equipe. Foi... dar o primeiro passo, eles se verem como equipe... Eles não tinham essa visão, era cada um por si, cada um fazendo a sua função, como se o resto da unidade não existisse. [...] Então eu fiz eles mudarem um pouco essa visão (Sofia).

Ao motivar os subordinados e desenvolver neles o senso de equipe, essa gerente criou as condições internas necessárias à implantação da sua agenda. Uma equipe bem motivada era um recurso importante e ela

já o havia conseguido. Mas precisava, ainda, sensibilizar os outros setores da instituição, para garantir os demais recursos (material, medicamentos e outros) necessários ao bom desempenho da unidade. Estratégica e paciente, ela organizou uma ampla rede de relacionamentos e, dessa maneira, foi exitosa.

b) As regras do jogo e os estilos gerenciais

Ao assumirem a gerência, os médicos tinham em mente uma agenda de realizações, que foi sendo modificada com o passar do tempo, com a inclusão das prioridades institucionais. Para realizá-la, contavam, principalmente, com o apoio da equipe. Porém, a possibilidade de gerenciarem o seu pessoal dependia, praticamente, da capacidade de negociação e persuasão dos técnicos da unidade.

Embora cada gerente tenha adotado estratégias específicas para conseguir o apoio dos funcionários, a maioria teve como forma de motivação a garantia da participação da equipe no processo de gerenciamento da unidade: “[...] da importância das pessoas de se sentirem pertencentes, né? Serem donas também, se apropriarem do que tão fazendo, né?” (Antônio). Como já tinham sido contribuidores individuais, sabiam do potencial inclusivo da gerência participativa e, como a maioria teve formação para atuar em equipe, eles não tiveram problemas em conduzir processos coletivos de decisão. Além disso, eles já tinham sentido o ritmo do trabalho e sabiam que precisariam de apoio. Eles queriam dividir responsabilidades e tarefas:

Vamos fazer assim. Daí eu falei, eu fiz um trato com a equipe, com todos, que era meio unânime a ideia que fosse gerente, né? Tirando a Marta, que eu não sei o que achava! Mas assim, o resto era tudo unânime. Daí eu falei assim: “eu vou assumir a coordenação, só que é assim: aqui não é fácil, eu vou ter que atender e eu não vou conseguir, se tiver qualquer tipo de... de boicote ou coisa parecida. Vocês vão ter que trabalhar junto comigo, nós vamos ter que dividir o serviço, né? Senão não vai dar certo”. E... e eles queriam tanto, que eles aceitaram, e realmente assim, eles... muitas vezes eles... estavam de atestado, mas iam trabalhar porque a farmácia não podia ficar sem ninguém assim, sabe? Coisa que... (Antônio).

Eu queria responsabilizar... corresponsabilizar as pessoas, assim... Não deixar só na mão do... do coordenador, as questões. Eu acho que cada um pode ser responsável pela sua parte, né? Se eu tô na sala de vacinas, eu sou responsável pela sala de vacinas. Não é o... e ter um diálogo maior (Analise).

A gerência participativa proporciona vários benefícios, como melhorar a qualidade da decisão, aumentar a aceitação da decisão, desenvolver habilidades dos membros para analisar problemas e facilitar a resolução de conflitos. As pesquisas relacionam a participação com a satisfação e o aumento da *performance* dos subordinados (YUKL, 1998).

Formas de gestão participativa das equipes de trabalho em saúde têm sido defendidas por estudiosos da gestão em saúde, como Souza (2005), Merhy (1998) e Rivera e Artmann (1999). Esses autores discutem a necessidade de inclusão dos trabalhadores nos processos decisórios como forma de resgate do sujeito-técnico da saúde, de responsabilização, motivação, autonomização, aprendizagem e até como mecanismo de mudança da cultura institucional. Cubas (2005), após pesquisar o gerenciamento de UBS, fez as mesmas observações, corroborando a proposição feita por Cunha et al (2009), ao defenderem que a UBS é uma Organização Intensiva em Conhecimento (OIC), que requer modelos de organização horizontais, de forma a permitir a responsabilização de todos pela realização dos objetivos e o compartilhamento tanto do conhecimento tácito, como do explícito.

Mais do que dividir responsabilidades e tarefas gerenciais, os médicos gerentes precisariam do apoio dos subordinados para atender às necessidades de trabalho adicional e para substituir funcionários. A principal estratégia utilizada por eles foi a negociação dos horários e da carga de trabalho. Essa foi, na verdade, a sua grande “ferramenta de trabalho”, quase exclusiva. Eles buscaram desenvolver relações de confiança e lealdade com seus subordinados, pois, muitas vezes fariam concessões que não encontravam respaldo nas normas da instituição:

Então, assim, eu acabei puxando... Eu tinha, com eles, um acordo assim, que qualquer coisa que eles precisassem: “aí vocês vêm, vocês falam comigo, tá? Eu, no meu alcance, vou tentar fazer tudo pra ajudar vocês. Eu não posso garantir que vá conseguir os 100%, mas uma coisa que eu não

quero é que vocês me mintam. Se eu descobrir que vocês mentirem pra mim, aí acabou! Aí perdeu a confiança, aí perdi qualquer coisa que a gente podia ter, daí a gente perdeu qualquer relação que a gente podia ter com vocês! Então, se vocês tão precisando alguma coisa, ‘...eu tô precisando ir no banco’, ‘porque se eu não consegui resolver isso...’, ‘não consegui não sei quê, pápápá’, vem e fala comigo! Na medida do possível, eu vou, eu faço a liberação de vocês, eu vejo o que é. Só que aí, se encontrarem vocês no centro? Se eu não souber, aí vai ficar muito chato! Entendeu? Então, assim, qualquer coisa que vocês precisarem, vocês vêm, vocês falem comigo. Na medida do possível, eu vou resolver a situação de vocês! Se não der hoje, quem sabe amanhã...” Então assim, a gente teve esse... esse diálogo com eles, assim. Então eles vinham e me falavam, assim, sabe? (Análise).

Porque a gente tinha que sempre tá tapando furo, né? [...] porque as pessoas vão saindo e não tem reposição. Tu começa a ficar num pepino, sabe? Então tu começa a, graças a Deus eu tinha um bom relacionamento com as pessoas, dizer: “tu pode ficar pra mim hoje mais um pouquinho?” Aí eu dizia assim: “eu não sei quando é que tu vai conseguir folgar, mas se tu puder assim, sabe? Eu não sei quando é que eu vou conseguir te dar essas horas de novo”. E era assim que a gente funcionava, porque eu só podia dar as horas no momento em que outra pessoa chegasse pra repor. E... graças a Deus, eu tive uma equipe que foi bem, bem boa, que entendeu... (Análise).

Através de pactos de lealdade negociados com os subordinados, os gerentes puderam atender a necessidades imprevistas dos funcionários e também da organização.

Para adquirir mais capacidade de persuasão e de negociação, eles tentaram conquistar mais credibilidade. Para isso, precisaram dar bom exemplo, dar suporte técnico, e saber garantir retaguarda para as condutas pactuadas. Para isso, eles se utilizaram fortemente da sua experiência como contribuidor individual, e dos seus conhecimentos técnicos. Aprenderam que, para serem respeitados, não precisavam ser amigos dos subordinados, e que o mais importante era estabelecer regras claras de

funcionamento e de relacionamento profissional. Aprenderam a se posicionar como gerentes. A fala dessa gerente é emblemática:

E você não precisa ser babaca, tá entendendo? Ou o bobalhão da capa do bobalhão,... pras pessoas gostarem ou não gostarem de você! Não é isso que... Não é daí que elas vão tirar o que elas acham de você! Você pode ser duro, tá? Mas, se você mostrar ética, se você mostrar que você tá empenhado, se você mostrar que você se preocupa, se você der o exemplo, todo mundo vai atrás de ti. Eu tenho exemplos, aqui na unidade, de funcionários que eram muito problemáticos. Assim... que chegavam tarde, saíam cedo. O cara tava ali e reclamava de tudo: “Ah... isso não é minha função! Isso não é...” E quando, por exemplo, tu pega..., tu for coordenador, vai contar remédio numa farmácia, ou mede uma PA [pressão arterial], ou... ou faz uma glicemia de alguém, tá quebrando aquele cara. Ele não consegue mais dizer pra ti, que não é... que não é função dele, tá entendendo? Ele tá vendo: pô! O coordenador tá fazendo... Então, eu vou vestir essa... eu vou vestir essa camisa! Eu acho que também tem muito do que as pessoas veem no coordenador. Você pode ser exigente. Na verdade, você deve ser exigente. Você só tem que... você... você só tem que dar a contrapartida. Você tem que mostrar que a lei pra eles, é a mesma lei pra ti também. Tá entendendo? Tu não fica sentada ali, podendo e... ou então, é a última a chegar, a primeira a sair, tá entendendo? Tu tem que mostrar que tu tá comprometido com aquilo (Manoela).

Na verdade, as pessoas conhecem um... Não sei se eu posso me classificar assim, eu acho que talvez seja um pouco de falta de modéstia, mas elas conhecem um bom coordenador. Você dá um respaldo pra pessoa, você dá uma resposta pra pessoa, você dizer pra pessoa, você dar uma orientação pra pessoa. Isso faz toda a diferença. E eles percebem. E eles percebem... (Manoela).

E eu não tenho, eu... eu acho que isso é importante! Tá entendendo? Eu acho! Que você deixar uma

figura clara, definida... de quem é o organizador, quem você tem que chegar no momento, pra quem você tem que pedir, quem é o cara (Manoela).

Com relação à capacidade de negociação, um dos gerentes percebeu que, por ocasião da implantação do sistema de controle eletrônico de frequência em sua unidade, ele perdeu a capacidade de persuasão, de negociação e, como consequência, a capacidade do próprio gerenciamento interno:

Mas, ao mesmo tempo, assim... teve uma... teve várias modificações no funcionamento, que foram importantes, que... Por exemplo, no começo, as pessoas que tinham... quando tinham que responder a presença a mim diretamente, elas eram um pouco mais cuidadosas em relação tanto ao horário, quanto a vir... no serviço, avisar e coisa e tal. A partir do momento que se botou o ponto eletrônico, o ponto eletrônico é a secretaria entendeu? O ponto eletrônico não é mais coordenador. Chega atrasado: “ah! eu tenho quinze minutos de direito ou, tenho não sei o que lá”, “eu saio e boto no ponto, não sei o que lá”, “se o ponto não funcionar, eu tô enganando a secretaria, não to enganando o coordenador”, né? Despersonalizou o negócio (Antônio).

Essa percepção contraria a expectativa dos gestores, de um modo geral, que identificam no ponto eletrônico uma diminuição da sobrecarga de trabalho do gerente local, além de poupá-lo de uma tarefa considerada incômoda, em razão dos laços de amizade existentes entre ele e os funcionários. Não se sabia, no entanto, que isso diminuiria a sua capacidade de negociação interna.

A melhor forma de controle de horário é a responsabilização dos funcionários em relação ao seu trabalho e às metas da unidade. Essa responsabilização pode ser feita muito melhor pelo gerente do que por um controle eletrônico. A melhor forma de garantir a presença dos funcionários na unidade talvez seja conseguindo o seu comprometimento e sua responsabilização. Segundo Yukl (1998), a alta satisfação com o trabalho, e o baixo estresse, resultam em baixo absenteísmo e num maior retorno.

c) A necessidade de monitorar o trabalho dos subordinados

Alguns gerentes, percebendo que dependiam do trabalho dos subordinados, desenvolveram estratégias para monitorá-los. Compreenderam que era preferível estabelecer as regras de funcionamento e intervir nos processos de trabalho a deixar que os problemas se avolumassem. As pesquisas indicam que o monitoramento dos subordinados é associado ao desempenho dos gerentes (YUKL, 1998).

Supervisionando, dando suporte, cada um, ao seu modo, desenvolveu suas estratégias de atuação.

Um gerente, no dia a dia, procurava participar de vez em quando dos processos de trabalho nos diferentes setores da unidade, resolvendo os seus problemas, aproveitando as demandas dos funcionários por suporte técnico, para monitorar o funcionamento da unidade. Ele observava o ambiente, o desempenho e o relacionamento dos funcionários com a população:

Mas eu acho que isso é legal, que você acaba tendo essas duas visões. Acho que, se você também ficar só na parte administrativa, burocrática, e não se envolver no atendimento, você perde um pouco de ser gerente, porque você deixa de ver o que tá tendo dentro do processo de trabalho da sua unidade, se não tá correndo bem, se não tá fluindo bem. Então, quando de repente acabo tendo que substituir determinado profissional por um dia que seja, ou dois, e acabo entrando, de alguma forma, no acolhimento, começo a ver situações que [...]

[...] às vezes, eu, mesmo de fora da recepção ou circulando no corretor, não consigo perceber alguns detalhes, algumas coisas, e isso de tá inserido nesses espaços é importante, pra que você possa depois ter um retorno de trabalhar outras situações, né?

Eu acho que, dentro do possível, a gente tem que procurar também vivenciar um pouco de um setor diferente da unidade, pra poder ver como é que tá acontecendo (Marcelo).

Outra gerente utilizava como estratégia de monitoramento uma rotina diária de supervisão direta em todos os setores da unidade, identificando problemas, oferecendo suporte, propondo soluções:

É o meu primeiro... ver se as coisas na unidade tão rolando bem, se eu não tô com fila de espera, se eu tô com os exames marcados, se eu tô com tudo ok, se as coisas estão funcionando, se a sala de vacina tá funcionando... Quando eu chego na unidade, a primeira coisa, a gente tem uma escala, né? A enfermeira, todos os dias, todas as noites, ela faz uma escala com todos os funcionários, pro outro dia, pra ninguém ficar perdido. “Ah... eu não sei o que eu vou fazer! Eu não sei onde é que eu tô!” Ou então: “Ah... a sala de vacina, tá lá um caos! Não tem ninguém!” Aí tem um, que tá no balcão. Então a gente sempre faz uma escala, pra todo mundo saber o que fez e... onde tá.

Quando eu chego, eu já passo no balcão e olho a escala. Que aí eu já sei a... a Mariazinha tá ali, o fulaninho tá ali, o outro fulano tá lá, e a gente tem uma... uma... uma planilha... que fica no... com a pessoa da recepção... O paciente chega, e se dirige a essa pessoa, e essa pessoa anota o que é, se é uma vacina, se é um acolhimento, se é uma... e se é um curativo, alguma coisa. Então, eu já chego em cima da escala e da planilha, pra ver. E vejo se já tem muita gente. Se não tiver nada, eu vou, entro pra minha sala e começo a fazer alguma coisa. Senão, eu nem entro na minha sala. Eu já fico ali no balcão e falo: “Fulano! Olha só! O curativo não tem...”, “não sei quem tá esperando, não sei que lá...” Acolhimento médico não chegou, eu já me meto a fazer, pra não... pras coisas fluírem na unidade. Quando eu assumi a coordenação da unidade, não que a unidade fosse mal administrada, muito pelo contrário, mas o coordenador... a pessoa que me antecedeu na coordenação... ele não... acho que não tinha muita preocupação com isso. Então, às vezes, dava... sei lá! É... por exemplo, a unidade abria à uma da tarde. Lá pelas duas e meia da tarde, a pessoa que pegou a senha à uma hora da tarde ainda tava lá, esperando, e a pessoa fica revoltada... e desconta no funcionário, né? Então, eu gosto de alta rotatividade, tá entendendo? Eu tô sempre ali, olhando pra ver o que tão fazendo, o que não tão fazendo, se eu posso fazer alguma coisa. De vez em quando, por exemplo, ah... a sala tá ocupada, não sei quê. Eu passo pra

outra sala, faço o serviço em outra sala. O técnico que tá na triagem, ele tá muito apurado, eu vou lá, eu meço a pressão, eu faço a glicemia, eu não quero deixar... (Manoela).

Essa gerente percebeu, ainda como contribuidora individual, que a unidade precisava de um monitoramento mais intensivo. A natureza do trabalho altamente intangível e o elevado nível de contato com a população tornavam a probabilidade de imprevistos muito grandes. Com um monitoramento intensivo, ela procurava resolver os problemas imediatamente e dar agilidade ao atendimento dos usuários. Para isso, utilizava-se do seu conhecimento técnico de médica e do seu conhecimento burocrático dos processos de produção, adquiridos na gerência. Era a gerente atuando como médica, executando atividades diretas, substituindo profissionais e fazendo trabalho burocrático, para garantir o funcionamento da unidade:

Então, como eu sou médica, o médico executa muitas funções de um funcionário dentro de uma unidade de saúde. Então o médico, ele pode ser o médico, ele pode efetuar alguma coisa do enfermeiro, da recepção, ele, na farmácia, e a parte administrativa, como marcador de exames e... como solicitar material e todo o resto (Sofia).

Os gerentes aprenderam que o monitoramento dos funcionários e o suporte dado a eles eram decisivos para a manutenção da qualidade dos serviços. Era o gerente de UBS atuando como monitor, empreendedor e solucionador de distúrbios (MINTZBERG, 1973).

d) A necessidade de avaliar e resolver problemas com os subordinados

Os médicos gerentes descobriram que, para conduzir uma equipe a um resultado positivo, eles precisariam enfrentar problemas relacionados ao desempenho dos seus subordinados. Muito cedo, eles descobriram que teriam de tomar atitudes muito difíceis, como avaliar, repreender e até demitir funcionários. Isso lhes custava muito, pois até então eles faziam parte dessa equipe. Agora, como gerentes, eles precisavam intervir na conduta de alguns colegas, sob o risco de comprometerem o trabalho de toda a equipe. Eles precisavam posicionar-se em outro nível hierárquico, para avaliar os seus funcionários.

Os gerentes, na sua maioria, adotaram a estratégia de maior aproximação com os funcionários, tentando ser propositivos e mediadores. Em alguns casos, os funcionários respondiam positivamente, em outros, testando o gerente, não respondiam tão bem assim:

Porque, eu não sou muito de... Eu acho que eu era um bom mediador, mas eu... eu acho que tem uma... me faltam algumas coisas em relação a uma cobrança mais firme, quando necessário. Então assim, eu era... eu acho que eu sou um bom líder pras pessoas que tão com vontade de trabalhar, né?

Só que, o grande problema eram as pessoas que viram que isso é uma boa maneira, de repente, de vagabundear. É! E daí, o negócio se complica, né? [...] Daí que, acho que aí está a questão de ser líder, que é a questão de conseguir ser rígido na hora que precisar ser rígido, sem que as pessoas acabem achando que tu é um carrasco, entendeu? (Antônio).

Alguns gerentes perceberam que a aproximação com os funcionários poderia ser confundida como ausência de autoridade. Eles precisaram reposicionar-se, encontrar um equilíbrio entre a proximidade e a rigidez, e saber se posicionar como gerentes. Aprenderam a intervir na conduta dos funcionários sem precisar se distanciar deles.

Esse foi o passo mais difícil do seu aprendizado. Alguns deles, relutantes entre o seu papel como contribuidor individual e o de gerentes, assumiram uma atitude de defesa dos subordinados. Um dos gerentes, sabendo que o trabalho na UBS era complexo e exigente, temia que os funcionários se sentissem muito pressionados e abandonassem a unidade. Acabou assumindo uma atitude de proteção quase incondicional da equipe contra as críticas da comunidade e dos superiores. Agindo assim, acabou por privá-la de aprendizados. Afastando seus subordinados dos conflitos, acabou por afastá-los de si mesmo:

Eu acho que eu fui me fechando bastante. Pegando um pouco... talvez... a tolerância e tudo mais. É... uma postura que hoje eu avalio que não foi boa, que eu tentava me defender muito. Defender todo e qualquer funcionário, defender, ah... qualquer um. Tem uma discussão com qualquer um, sei lá, um usuário, na secretaria de saúde, até que

prove o contrário, o funcionário tem razão, vamos lá, vamos ver o quê que tá acontecendo, vamos tentar resolver. Vamos tirar o foco do conflito, pra não desgastar muito. E acho que eu guardava, eu assumia muito pra mim.

Eram muitos embates com o nível central, com a secretaria, que eu não repassava pros funcionários. Então, eu fui adoecendo com isso, eu fui me desgastando. E eles não tinham essa percepção, entende? Que eu tava lhes defendendo. Eu não passava pra eles. Eu notei isso quando o meu sucessor assumiu. Ele dividia tudo com os funcionários, entende? E foi mais participativo do que eu, envolveu mais os funcionários. E eu acho que isso foi, com o tempo, me desgastando (Júnior).

E eu tinha essa postura de... eu fazia a barreira, pra preservar os fun... assim os médicos, porque, se o médico não tiver ali... que eu achava que era o mais pressionado... a população ia bater na porta querendo consulta, e tudo mais. Então, se não preservar esse médico, daqui a cinco, dez anos, não vai ter esse profissional ali. Não vai parar ninguém na equipe, então...

Então, a avaliação que eu vejo dos funcionários: talvez eu fui pouco frouxo. De certa forma, eu não soube gerenciar tão bem. Deixei algumas coisas assim... Eu, às vezes faço essa crítica, essa auto-crítica... Em outros momentos, talvez a percepção deles... é meio estranho isso... é um equilíbrio que eu não consegui fazer, eu acho, com o RH, entende? De você não ser muito rígido, muito rigoroso, muito... é... complicado, isso, com os funcionários, e, ao mesmo tempo, não deixar muito frouxo... (Júnior).

Havia, também, ponderações a fazer em relação à alta rotatividade no cargo. A qualquer momento, eles poderiam voltar a ser contribuidores individuais, e temiam por retaliações dos colegas, caso isso acontecesse. Aos poucos, eles conseguiram separar os papéis e posicionar-se como gerentes. Eles compreenderam que, enquanto estivessem [na função de gerentes], teriam que desempenhá-la muito bem, e que isso lhes exigia novas atitudes e comportamentos, aos quais eles não estavam acostumados. Não era fácil encontrar o equilíbrio entre

o apoio e a cobrança, a proteção e a exposição, a distância e a proximidade. Os gerentes refletiam diariamente sobre as suas atitudes em relação aos funcionários. Refletindo, enfrentando os problemas, eles foram superando barreiras, adquirindo novas atitudes e se tornando gerentes.

Uma gerente adotou a estratégia de estimular o senso de equipe nos funcionários, como a melhor forma de comprometê-los com o trabalho, diminuir os problemas e melhorar os resultados:

E... os problemas interpessoais de conduta técnica, conduta pessoal, sempre ocorrem também, mas eu procuro manter a equipe com respeito profissional muito à flor da pele. Eu falo pra eles: “vocês... vocês não precisam se amar, em momento nenhum, mas respeito profissional eu exijo que vocês tenham, porque aqui é ambiente de trabalho. Então, a gente precisa se respeitar profissionalmente, acima de tudo”. E essa é uma equipe que responde bem assim.

Sempre que tem alguma intercorrência entre um e outro, eu peço pra eles trazerem pra mim, pra eu servir como um mediador... pra tentar resolver, pra se manter um ambiente saudável profissionalmente entre eles. Então isso é a função melhor... Com isso, eu consigo, nessa equipe eu tô conseguindo trabalhar (Sofia).

E... a gente procura sempre mudar um pouco as áreas. O enfermeiro vai atuar um pouco como técnico de enfermagem..., atua um pouquinho na central de marcação, pra sentir o que o outro colega passa. Ele, entendendo aquela função, vai ter um olhar mais tolerante, mais cuidador das suas informações com o paciente, e vai tentar ajudar (Sofia).

Através do rodízio nas funções, ela esperava que eles compreendessem a importância do trabalho do colega e as implicações que o trabalho de um tem sobre o do outro. Procurava manter o clima de trabalho em equipe e a responsabilização de cada um em relação ao resultado coletivo. Dessa maneira, a probabilidade de problemas era bem menor. Porém, sempre que entendia ser necessário, sabia se posicionar e intervir imediatamente.

Aos poucos, às vezes de forma relutante, eles foram aprendendo a avaliar e a intervir no trabalho dos funcionários. E aprenderam que, dialogando, tudo se torna mais fácil:

Não é uma coisa fácil, né? Chamar... no sentido de ter que chamar atenção. O que eu tenho procurado fazer... eu não gosto muito de fazer isso de imediato. Me trazem um problema, eu geralmente gosto de refletir a respeito, pra ver como abordar da melhor forma, né? A não ser que seja um problema que não tem como adiar mesmo, né? Mas,... e eu tô torcendo pra ver isso de um lado de tá ali como parceiro, e não só no sentido de cobrança, né? Temos que fazer essa conversa. Geralmente, acaba que a gente se sente mais angustiado de fazer isso, mas, na hora que vai conversar, acaba sendo muito mais tranquilo do que parecia (Marcelo).

Era o gerente atuando como mediador: “[...] Eu me vi mais como intermediador, assim, né? Eu era o mediador, né? Eu era o mediador entre duas coisas: por exemplo, assim: povo e funcionário, e também com a secretaria” (Antônio).

E os novos gerentes aprenderam a se posicionar como gerentes: “Chego, sento e falo assim: ‘Olha só, não tem nada a ver, nós dois saindo daqui, dez minutos, senta ali, e toma um chope, isso é uma coisa. Outra coisa, é o que você fez aqui agora, e isso não dá’” (Manoela). Posicionando-se com equilíbrio, os resultados começavam a aparecer:

A gente tinha uns, que era um problema nas gestões anteriores... [...] que já tinha sido coordenador de unidade também,... então ele sempre bateu muito de frente, com a... Então eu já puxei o Jairo como meu aliado, sabe? Então, funcionou! É assim, porque ele era de brigar, ele era de discutir, ele era de fazer tudo, inclusive ele veio no sábado quando eu precisei, entendeu? (Análise).

Alguns gerentes chamaram a atenção para mais um aprendizado, obtido através de sua relação com funcionários problema. Certos funcionários lhes causavam tantos problemas, que acabavam consumindo a maior parte do seu tempo. Em todos os casos, eles procuravam intervir positivamente no sentido de reinseri-los no trabalho da unidade. Porém,

algumas vezes sentiam que estavam esgotadas as possibilidades de sua recuperação e reinserção na equipe, e que precisavam demiti-los ou colocá-los à disposição da gerência de recursos humanos:

Eu não tenho, assim... as coisas que menos me agradam é mandar alguém embora. Eu tive que botar umas duas, três vezes...

É difícil... é muito difícil, porque a gente começa a se apegar às pessoas e, às vezes, a gente não pode, né?! A gente tem que avaliar as pessoas como um profissional. Então eu tenho um pouco de dificuldade de chegar, eu me apego muito, entendeu?! Então, isso pra mim... tu mandar alguém à disposição ou ver que o contrato não vai ser renovado... é uma coisa complicada, né?!

Eu soffro. Aí... na noite anterior, eu não dormia direito, eu ficava pensando: como fazer para não magoar e como... né?! Porque, ao mesmo tempo, é uma excelente pessoa, só que o profissional deixava a desejar e... não era aquela a sua função. Então, eu tive que dizer que o contrato não seria renovado, por “n” motivos e coisas assim, né?! Mas é uma coisa que eu tenho dificuldade, porque tu começa... tu sabe toda a vida pessoal, né?! Porque eles vêm e falam, e a gente sabe que precisa, tu sabe que... dependem, às vezes, daquele dinheiro, daquela coisa, e dizer que não vai ser renovado... pra mim é difícil (Análise).

Eu fui aprendendo..., sabe?! O que vão pensar, né?! Porque eu sempre me coloquei muito como colega, sempre que eles tiveram... eu sempre fui muito colega, né?! Mas, como eles falam, tem hora que a gente é gerente, que a gente tem que tomar as decisões, a gente tem que ter a postura de gerente. E eu ficava pensando: “pô” né?! Eu sou colega, trabalho o dia inteiro com eles, de repente eu vou chegar e: “Não... tu não precisa mais...”, que vão... achar, entendeu?! Vão achar, sei lá, arrogante, metida... quem sou eu pra determinar, né?! Mas e aí eu vi que não, sabe?! Que entenderam na boa, que entenderam a função que eu tinha naquele momento, né?!

Consegui. Não dormi direito na noite anterior, fiquei na minha cabeça gravando vários discursos, não... esse não ficou legal... vou falar de outra maneira, coisas assim... Mas foi bem mais fácil do que eu imaginava, sabe?! E as coisas já foram sendo mais tranquilas. Eu imaginava que ia ser: “Não, mas por quê?!...” sabe aquelas coisinhas: “Não faz isso” um monte de coisa assim, né?! Que na verdade não houveram, não houve nada disso, sabe?! Eu consegui falar com ele normal, né?! Expliquei a situação, expliquei as coisas do porquê de não estar sendo renovado o contrato, né?! Então por isso, isso, isso... Como pessoa é maravilhosa, mas a gente tem que fazer uma opção, né?! Não adianta a gente ficar com uma pessoa que não vai render nada pra unidade! (Análise).

Os gerentes se viam como colegas dos funcionários. Afinal, até recentemente, tinham sido contribuidores individuais. Dessa forma, conheciam os subordinados há muito tempo, sabiam dos seus problemas pessoais e até que dependiam do emprego para sustentar suas famílias. Por isso, não foi fácil, para eles, tomar certas decisões.

Eles precisavam manter um bom clima institucional, para conseguir implantar a sua agenda. Não queriam comprometer a sua imagem, nem perder a confiança dos subordinados. Temiam que uma demissão pudesse comprometer a sua liderança sobre a equipe. Ao poucos, porém, ponderaram e perceberam que precisavam se posicionar como gerentes e que perderiam a liderança, caso não se posicionassem diante dos problemas identificados. Enfrentando os conflitos, conseguiram assumir mais um comportamento próprio de gerentes. Não eram mais um membro da equipe. Já conseguiam avaliar os funcionários a partir de um posicionamento hierárquico superior, como gerentes, como responsáveis pela equipe.

Para avaliar os funcionários e tomar atitudes em relação a eles, os gerentes precisariam do apoio dos superiores. Por isso, procuravam manter um relacionamento muito próximo com os superiores, pois sabiam que os funcionários poderiam recorrer a eles, na tentativa de reverter algumas decisões dos seus gerentes. Queriam manter os superiores informados e ter o apoio deles. Porém, em alguns casos, esse apoio não aconteceu. Após terem tomado decisões difíceis, eles se sentiram sozinhos e até expostos pelos seus superiores, que, surpreendentemente, apoiavam os funcionários problema:

“Porque não queriam se incomodar mesmo, talvez falta de postura do nível central, na época. Não sei como que era antes, [...] hoje, eu imagino que tivesse respaldo, até respaldo demais. Mas, foram medidas necessárias e... enfim (Júnior).

A falta de apoio dos superiores em relação a algumas medidas tomadas devido a funcionários problema não foi uma situação incomum. Outros fatos semelhantes me foram narrados, nesse sentido. Agindo assim, os superiores desautorizavam os gerentes, que perdiam o crédito e o respeito dos subordinados. A relação de apoio e confiança ficava corroída, e a parceria, comprometida. Dificilmente os gerentes tomariam outras medidas semelhantes.

Os gerentes, embora avaliassem positivamente a maioria dos funcionários da unidade, e, a alguns, de maneira especial, em nenhum momento referiam a utilização de algum tipo de recompensa que não fosse o reconhecimento público pelo trabalho realizado.

Avaliando os funcionários, os gerentes aprenderam que era importante estabelecer as “regras do jogo” para facilitar os julgamentos interpessoais. Aprenderam, também, que, se pudessem fazer a seleção do seu pessoal, evitariam boa parte dos problemas. Mas isso não era possível. Não tinham essa autonomia: “Demissões e exoneração, a gente não tem... esse poder na mão. Mas, se tivesse o que fazer, a minha equipe tava mais redondinha ainda” (Sofia).

e) A falta de pessoal

A falta de profissionais na equipe foi o problema mais constante com o qual os gerentes se defrontaram. Para lidar com ele, tinham apenas dois caminhos: contar com o apoio da equipe, no sentido de cobrir as faltas, e buscar apoio dos superiores, para repor o quadro técnico.

A falta de pessoal não era incomum e acontecia devido a vários motivos: férias, prestação de serviços temporários em outras unidades, demissões dos contratados por tempo determinado e tratamento de saúde.

Tem as intercorrências da unidade, tem as intercorrências da secretaria como um todo. Às vezes, pedem remanejamento de funcionário, pra suprir uma outra unidade. Eles tiram funcionário meu pra suprir a unidade que esteja com menos do que

nós. Tem a intercorrência dos pedidos de demissão, que você fica abandonada, e a contratação é muito lenta, porque tem todo um trâmite legal que tem que seguir... Então, tem as partes administrativas a nível de secretaria, que afetam a gente... [...] (Sofia).

Existe... existe [falta para tratamento de saúde]. Mas, eu vejo como uma coisa normal... porque é o ser humano... Independente se é posto de saúde, se é sistema privado, sempre vai ter as facetas de cada um... é... são as patologias que cada um tem, porque são seres humanos, adoecem. Então, eles entram de atestado. É... adoecem por excesso de trabalho, também, né... No sistema privado, eu vejo que eles não trabalham tanto quanto numa unidade de saúde. O RH deles é mais organizado por número de pessoas que efetuam uma função, é proporcional. Aqui, eu tenho 18.000 habitantes pra três médicos. Não tem como o médico aguentar muito tempo isso, sem adoecer. E eles adoecem (Sofia).

Durante as entrevistas, os gerentes recorriam várias vezes a esse tema, deixando claro que esse era um obstáculo para a execução das agendas institucionais, e da sua também. As faltas não programadas causavam uma série de transtornos. O principal deles era o agendamento de pacientes para atendimento individual. Dezenas de pacientes vinham à unidade nos horários marcados. Como as agendas dos outros profissionais já estavam lotadas, havia muito pouco a fazer, a não ser atender as urgências e sobrecarregar os funcionários, ou remarcar os pacientes para outro dia, o que significaria maior espera pelo atendimento. O resultado desse impasse era estresse, clima tenso, discussões e vários pedidos de desculpas, durante o dia. Para o gerente, significava um dia inteiro congestionado.

A alternativa mais comum, para essa situação, era a negociação com os técnicos presentes, no sentido de absorverem a demanda extra em troca de folgas no futuro. Claro que isso não era uma solução. O problema estava apenas sendo adiado. Porém, a folga compensatória poderia ser programada, e os pacientes não seriam agendados para aquele dia, evitando-se, com isso, mais transtornos à unidade.

Os eventuais rompimentos de contratos ou as transferências permanentes de funcionários podiam comprometer todo o trabalho interno da unidade:

A gente fez dois meses de acolhimento aqui, na unidade, quando a gente tava com a equipe completa... Olha! Funcionou que era uma maravilha! Sabe? [...] A gente até apresentou uma vez pro... O nosso diretor pediu pra gente apresentar o que era a UBS antes, e no que tava virando!

A gente começou, em abril, o acolhimento aqui na unidade, em 2007. Em julho, saíram... pessoal, uma montoeira de contrato. A gente perdeu... eu tinha quatro enfermeiras, fiquei com uma só. Eu tinha mu... muitos técnicos que eram contratados, que acabaram os contratos, e a gente não tem reposição imediata das pessoas.

Porque a gente nunca teve reposição, isso era uma coisa que até eu falava com o diretor. Eu assim: “Não adianta tu tirar uma pessoa hoje e me botar daqui a três meses! Entendeu? O que a gente já tinha, já quebra! Quebra o andamento da unidade! E aí é ficar tapando furo, toda hora, entendeu? A gente não tem como fazer as coisas”

Aqui na... na frente [recepção] assim, era uma situação muito, pra mim, era mais desgastante aqui do que lá! Porque aqui, eu não tinha resposta! A gente não tinha como dar respostas pras pessoas, porque ninguém nos diz nada, também, entendeu? “Vai vir!” “Quando?” “Logo!”.

Esse ano não teve nenhum mês completo, então falta pessoal ou quando um médico adoece, ou alguém adoece, a gente já não tem mais onde botar. Ficava pedindo paciência pra população, porque já não tinha mais resposta.

Eu me sentia muito mal, sabe? Porque a gente não tem... eu não tinha nada pra dizer. Porque eu acho que é uma coisa, é assim: ouvir tudo bem, a gente ouve. Levava eles pra salinha, escutava! A... a grande maioria das vezes, eles tinham razão, algumas, não tinham. Mas a grande maioria das vezes, eles tinham razão. E eu era impotente, assim, porque as coisas que normalmente vinham da comunidade, não tinha como a gerência resolver (Análise).

Essa gerente conseguiu, com muita dificuldade, vencer as resistências dos profissionais, convencê-los e até capacitá-los a implantarem o acolhimento na unidade. Esta era uma agenda sua e da instituição. Conseguiu implantá-la, foi reconhecida, e até apresentou os resultados para o conjunto dos gerentes de UBSs, com o objetivo de sensibilizá-los a seguirem o mesmo caminho. Porém, todo o esforço de meses de trabalho se perdeu, devido à diminuição do seu efetivo técnico. Ainda pouco experiente, ela imaginava que a reposição fosse rápida. Não era verdade. O processo de contratação de profissionais, no serviço público, era moroso, devidos aos trâmites legais. Ela aprendeu essa lição da pior forma possível. Para recompor a equipe, precisava da sua capacidade de interferência nas decisões e do apoio dos seus superiores. Como era novata, pouco conseguia fazer. Impotente, restava-lhe pedir desculpas à população, que pressionava pelos atendimentos. A tensão só tendia a aumentar e, com ela, se corroíam as relações com a comunidade e com os superiores.

Essa gerente aprendeu que, antes de implantar uma nova sistemática de trabalho, precisava avaliar a capacidade de sua manutenção. Como o problema de falta de pessoal era crônico e, para ele não havia soluções paliativas, a tendência era de os gerentes fazerem mudanças mínimas, evitando, assim, transtornos como os sofridos por essa gerente. Eles deixavam de ousar, de empreender mudanças. Assim, a médica, capacitada para ser uma agente de mudanças, sentiu, como gerente, as dificuldades de mudar o funcionamento da unidade. Havia, ainda, outras questões a considerar: as mudanças necessárias eram bem maiores do que sua capacidade de implementá-las. Havia todo um sistema a ser trabalhado. Sem apoio, essa mudança não lhe seria possível. Ela precisaria se organizar e somar esforços.

f) Os servidores antigos e os novatos

Ao assumirem a sua nova função, os novos gerentes precisaram aprender a conviver com os funcionários antigos. Jovens, cheios de energia e vontade de aperfeiçoar a ESF, alguns dos gerentes os consideravam como empecilho às mudanças necessárias. Achavam-nos pouco comprometidos e desatualizados. Aos poucos, foram percebendo que, sem eles, não era possível trabalhar. Se, por um lado, era difícil engajá-los num processo de mudança, também eram eles que mantinham a qualidade dos serviços, no longo prazo. Era preciso encontrar formas de motivá-los e ganhar o seu apoio para as mudanças:

Eu acho que eu comecei a ver a de outra forma, assim, os funcionários, a forma que eles agem, também. Eu acho que eu comecei a entender um pouco o fato de um funcionário público pegar e colocar seu jaleco de manhã, pegar às oito, largar às cinco da tarde, e deu. Fazer aquele mínimo, fazer aquele básico ali, é uma forma de proteção também. E o funcionário público, que tá ali contando os dias pra se aposentar... comecei a entender um pouco melhor isso. É... no começo tinha aquela vontade, assim, de fazer aquela limpa, né? Aqueles funcionários que... a gente julga que não tão trabalhando direito, não sei o quê ... e que tão mais encostados... pegar e limpar assim. E depois comecei a ver que não era... assim também.

É. E, enfim, não é tão simples. É... mas eu tive claro, também, que deveria sempre preservar esse funcionário, porque se o funcionário não tivesse ali, não adianta pensar em daqui a trinta anos ter um bom serviço de saúde pra população, se não tiver o funcionário lá. Se ficar a cada ano... hoje, por exemplo, metade dos funcionários técnico de enfermagem do nosso posto, ou mais, pediram transferência pra outros postos, então, alguma coisa tá errada. Isso não pode tá certo. E eu acho que talvez o aprendizado maior foi isso, assim. Tem que valorizar, respeitar e preservar o funcionário que tá ali. Porque, se não tiver... se ele não tiver feliz, se ele não tiver contente em tá ali, trabalhando, não adianta, não vai pra frente, eles vão boicotar o serviço. É... até só o fato de não vestir a camisa, não fazer aquele algo a mais, já emperra tudo. Então, acho que esse foi um aprendizado bom (Júnior).

Os novos gerentes foram compreendendo as especificidades da gestão pública, as defesas que foram se criando ao longo do tempo devido às experiências sofridas durante as diferentes gestões e as inúmeras mudanças de rumo na gerência dos serviços de saúde. Não era fácil motivar os funcionários antigos, mas era preciso.

Por outro lado, novos profissionais chegam diariamente às unidades. Alguns têm formação na ESF, mas boa parte deles ainda não. Os gerentes precisaram desenvolver mecanismos de inserção dos

profissionais na equipe da unidade e de aprendizagem da ESF, para terem sucesso.

Houve duas grandes falhas no alinhamento profissional dos novatos, que dificultaram a inserção deles nas equipes: a falta de capacitação técnica para trabalhar na ESF e a inexperiência no relacionamento com a comunidade.

A maior parte dos técnicos disponíveis para contratação é originária de cursos que preparam os profissionais para o mercado de trabalho, nos quais predomina a lógica do trabalho especializado e centrado em hospitais. Os currículos começaram a ser reformados e direcionados para o novo modelo pretendido, organizado a partir da atenção primária, só recentemente e com incentivos do governo federal.

Esse foi um problema recorrente vivido pelos médicos gerentes:

Tem problema com alguns funcionários, a gente tem tido, assim, né? É... questão de inadequação até mais profissional. Talvez por um modelo de formação, experiências profissionais que ele já teve. De não ter perfil, talvez, pra trabalhar com atenção primária. Por falta de experiência, mesmo, profissional que só trabalhou em ambiente hospitalar ou é recém-formado (Marcelo).

Para lidar com a falta de capacitação profissional, os gerentes procuravam proporcionar um treinamento prático na unidade, através do acompanhamento do trabalho junto às equipes de saúde da família. Mas nem sempre isso foi possível. Às vezes pressionados pela demanda, esses profissionais começavam a atuar imediatamente, e problemas de conduta técnica eram comuns. Aos poucos, com a prática e nas discussões internas das equipes e da UBS, eles foram aprendendo e se ajustando ao modelo.

A inexperiência no relacionamento com a comunidade também era comum. Os próprios gerentes, em alguns momentos do início da vida profissional, também experimentaram essa dificuldade. Somente com a prática, no dia a dia na UBS, com a observação da desenvoltura dos colegas e com a reflexão em torno das experiências vividas, foi possível adquirir novas posturas, novas formas de ver a comunidade. Inicialmente, os novos gerentes não estavam preparados para lidar com esse problema, mas, com o tempo, aprenderam a dar suporte e apoio, em momentos onde a interface com a população foi difícil:

Aí, nesse meio tempo, nós tínhamos ficado sem um médico, mas aí começou a entrar enfermeiras mas, entrava... [...] Até que nessa época, esse bairro, embora tivesse uma má fama, não tinha barraco todo dia na unidade. Mas eu acho que ela se sentiu um pouco insegura tecnicamente, de trabalhar aqui. Acho que isso pesou um pouco. Eu sentia isso muito na fala dela, a todo instante. Talvez eu, no início como gestor, não pude captar isso e chamar ela e tentar passar uma tranquilidade pra ela, como hoje geralmente eu faço quando chega um recém-formado aqui pra trabalhar conosco. E... e ainda aconteceu uma situação que foi um... um usuário na unidade, que tinha... além de usuário da unidade era usuário de drogas também. Ele chegou, era coisa de 11:30 da manhã, a unidade bombando, não tinha mais como encaixar ninguém, com uma queixa de que a mão dele tava sumindo. [...] Claro, tava alucinando. E aí, enfim, nós tentamos conversar com ele, quem sabe, tentar ver alguma coisa. Mas ele tava totalmente fora de si, e no fim saiu da unidade e foi... coincidentemente, o carro dela tava um pouco sujo e ainda tinha um adesivo colado, tipo “não às drogas”, alguma coisa assim. Eu sei que ela anotou alguma coisa na... Mas antes disso ele começou a dizer: “Ah, porque você tem que fazer alguma coisa porque a minha mão... eu tô perdendo a minha mão” e não tinha o que fazer. É... “Porque senão eu vou botar fogo aqui na unidade” – E ela era loirinha – “E a primeira que eu vou botar fogo é nessa loirinha aqui”. Então, eu não sei se ela se assustou um pouco com isso, eu acho que isso talvez tenha sido só um ponto a mais, aí no fim, ela tinha uma proposta de voltar pra onde ela tava antes. Ela acabou voltando pro município que ela tava trabalhando antes. Então... mas isso é... um certo despreparo que a gente sai da universidade (Marcelo).

O trabalho na UBS exige mecanismos especiais de gestão. A intensidade do trabalho profissional, a alta participação e a proximidade dos usuários implicam em possibilidade contínua de revisão e criação de oportunidades inovadoras (MELO, 2002; ALMEIDA, 2007). Além

disso, o ingresso e a saída periódica de pessoal determinam a necessidade de estratégias contínuas de aprendizado, como incentivar os profissionais a compartilharem e disseminarem seus conhecimentos, tanto implícitos, como explícitos, com o objetivo de aperfeiçoarem os processos de trabalho, o relacionamento com a comunidade e o seu desempenho final (CUNHA et al., 2009).

Outra preocupação dos gerentes foi com a inserção dos novatos nas equipes de trabalho. Eles procuravam facilitar a inserção dos mais novos e, ao mesmo tempo, a sua aceitação pelos mais antigos. Era um processo de facilitação do percurso dos novatos em direção às comunidades de prática (GHERARDI, 1978):

[...] que cada funcionário novo que chega aqui eu... eu tento incorporar essa ideia, do que é equipe, pra ele, como é que ele acha que é o trabalhar em equipe... Então, eles absorvem muito essa informação que eu passo e... se ajudam. Nós somos uma rede, uma rede de colaboradores. Eu faço parte dessa rede. Não sou nem a mais, nem menos... ninguém aqui é mais, nem menos. Cada um sabe, aqui, qual é seu... que é muito importante a sua função aqui dentro, por mais simples que seja (Sofia).

[...] Explico a unidade inteira. Toda vez que chega alguém, eu meio que tenho um pacote básico. Eu explico sobre o bairro, eu explico qual a área de abrangência, qual a área de influência, quantas equipes eles têm, mostro a estrutura física, falo dos serviços: “a gente oferece isso, oferece aquilo, tal horário, tal não sei quê, nanana”. E depois assim, eu digo pra pessoa onde eu tô planejando que a pessoa atue mais (Marcela).

Essa gerente estabeleceu as regras do “contrato”. Ela já havia aprendido que, estabelecidas as normas do funcionamento da unidade, o trabalho esperado de cada um e a expectativa dos resultados, ficava mais fácil de avaliar o desempenho do novo funcionário. Ela acredita que suas iniciativas poderiam, talvez, ser mais efetivas, se ela pudesse interferir na seleção e contratação de funcionários:

Não sou eu, né. É o RH da secretaria que seleciona os profissionais. Esse profissional, ele tá sendo

avaliado pra ver se ele tem perfil pra aquela função ou não, se ele tem uma relação boa com a comunidade que ele vai trabalhar ou não. Ele simplesmente é colocado aqui sem ser avaliado. Então, muitas vezes, eles chegam aqui, não têm o perfil pra aquela função, não conseguem executar aquela função, e eu também não tenho o poder de demitir, não tenho o poder de remanejá-los em função de mudar de unidade de saúde, então fica complicado você ter que gerenciar sem ter esse poder na mão, né? (Sofia).

g) Delegar para conseguir gerenciar

Embora a maioria dos gerentes fizesse uma opção pelo gerenciamento mais participativo desde o início, alguns gerentes tiveram uma conduta mais autárquica. Essa postura veio geralmente associada à necessidade de concentrar o máximo de informações para aumentar a capacidade analítica e a negociação interna. Havia uma preocupação de colocar a casa em ordem rapidamente. Centralizavam informações e concentravam poder, para intervir diretamente nos problemas.

Mas, aos poucos, eles foram se sentindo progressivamente sobrecarregados pela demanda de pequenos problemas internos. Perceberam que os funcionários estavam se tornando excessivamente dependentes deles para resolverem pequenos problemas:

Na verdade... tem uma coisa. Eu sou muito centralizadora, muito... Então, os técnicos, os enfermeiros... eles sabem, eles vêm muito pra mim. Porque eu... e é ruim, né? É... eu sou um pouco centralizadora. E aí... isso, de uma for... isso que acaba me sobrecarregando muito. Porque, às vezes, pequenas questões acabam chegando pra mim, que são questões que as pessoas poderiam... e como eu tenho esse jeito um pouco mais expansivo, isso que acabou me sobrecarregando. Então, no início, eu peguei uma unidade que tinha uma coordenação que tava muito distante né? [...] Então, eu tive que juntar esses cacos. E, no início... eu saía de lá 8:30, eu... eu acho que eu passei uns dois meses saindo de lá 8:30, porque eu queria... sistematizar as coisas, da maneira que eu, que eu pensava... (Manoela).

A rotina intensa e a falta de tempo foram os fatores que provocaram a delegação de tarefas. Inicialmente relutantes, os gerentes, com o tempo, passavam a execução das suas agendas para os funcionários. Os gerentes sabiam como executar as ações e queriam fazê-lo, mas não encontravam tempo. Entre o desejo e a impossibilidade de manter o trabalho técnico, o médico foi dando lugar ao gerente:

Assim, o acolhimento, quando a gente lançou a ideia numa reunião de equipe, eu lancei a ideia, só que assim, como fazer é legal, eu trouxe alguns artigos... artigos que eu tinha em casa, algumas coisas assim, mas quem desenvolveu mesmo o projeto foi o meu colega. É! A gente... quem desenvolveu mais o projeto, as coisas, foi tudo ele. Porque eu não tinha tempo nem de ajudar ele, nem de desenvolver com coordenação, com nada! Ele disse assim: "Não, tu fica tranquila, tu, deixando a gente trabalhar e permitindo que a gente faça as inovações, as coisas, já é uma grande ajuda. Porque assim, a gente tá vendo..." (Análise).

Esse conflito, resultante da necessidade de abandonar a execução técnica, foi também observado por Hill (1993) no processo de aprendizagem dos novos gerentes.

A delegação ocorre quando o gerente pede a um ou mais subordinados que assumam responsabilidades e tomem decisões que, formalmente, seriam de responsabilidade dele. O nível de delegação varia de acordo com a magnitude das responsabilidades, o nível de liberdade para decidir, a autoridade recebida, a natureza das decisões e o acesso às informações. Em geral, resulta em maior comprometimento dos subordinados, diminui a sobrecarga do gerente e contribui para a formação de novas lideranças (YUKL, 1998).

Os médicos gerentes não contavam com auxiliares administrativos de apoio. Todas as funções administrativas, desde o controle do ponto de funcionários, a elaboração de relatórios, o planejamento, até a representação externa, tudo era de sua responsabilidade. Como não conseguiam dar conta da sua rotina, buscaram apoio interno entre os funcionários. Esse apoio era resultado de sua capacidade de persuasão sobre a equipe. As enfermeiras foram, em geral, as grandes parceiras dos gerentes:

O pessoal da enfermagem sempre atuou com uma parceria muito grande, dentro da unidade, em termos de ajudar na questão da organização do posto. Talvez, não sei se por uma questão de formação deles, mas geralmente é... são as pessoas que se envolvem mais com isso... (Marcelo).

Saber delegar foi um passo importante para a maturidade dos gerentes. Para fazê-lo, eles precisavam estar seguros, saber coordenar e monitorar o trabalho delegado. Mas esse aprendizado somente foi absorvido aos poucos: [...] “Quer o poder?! Vai lá, pega o poder, não tem problema nenhum... Vamos trabalhar, vamos tocar... Na boa” (Júnior). Dando liberdade para os funcionários, eles perceberam que o poder e a responsabilidade sobre as ações delegadas ainda eram suas:

Eu acho que, enquanto eu era coordenador, o Roberto produziu muito assim, pegou pra ele várias funções que seriam minhas e... gerenciou sem problema nenhum, entendeu? E o Gilberto, o mesmo assim [...] Eram coisas que eu devia talvez fazer, mas, para eles, era mais tranquilo fazer... Estava estudando, então eles pegaram a questão da divisão de área, a questão de trabalhar com os agentes. Não fui eu, entendeu?

Mas é assim ó: eu permiti que eles trabalhassem, entendeu? Eu não ia lá pegar e... acho que a minha... o meu jeito, quem sabe. Eu lembro que era legal. Vamos trabalhar junto com eles e coisa e tal. Então assim, ã... eu não me apropriava dessas coisas no sentido de... né? (Antônio).

Os gerentes aprenderam que delegar era uma prerrogativa sua. Eles transfeririam ações, mas não responsabilidade. A responsabilidade pelos atos dos funcionários era deles. Eles responderiam pelos seus resultados:

Então assim, a gente até teve um caso que eu não li o cartaz, assim, que a gente teve na época... Na época, a gente tava com falta de técnicos. E aí, a gente numa reunião de equipe, eu disse que ia ser próximo de contratação, o pessoal decidiu por fazer um cartaz, explicando que o número de atendimentos seria reduzido, em função dos afastamentos. Só que o cartaz... eu não li o cartaz,

entendeu? As gurias: “não, pode deixar que eu faço!” Foi um erro meu, foi um erro meu, de não ter lido o cartaz, entendeu? Eu assumo, completamente assim, eu devia ter lido... antes de ser exposto, né? Não li! Não li tudo, e as gurias fizeram o cartaz e ficou meio ofensivo, realmente, sabe? “Por favor, não insista!” assim, sabe? Ficou meio ofensivo. Só que aí eu cheguei lá na secretaria e esculacharam, “porque eu quero o nome agora”, e “quero o nome agora”, e não sei quê e pápápá. Aí eu falei pra eles: “então, o nome seria o meu, porque eu era a coordenadora da unidade”, né? Então, eu que era a responsável por qualquer coisa que pudesse acontecer [...] A equipe... a gente discutiu em reunião que botaria o cartaz e tudo, eu não li, foi um erro meu, então quem tem que se responsabilizar sou eu, como coordenadora (Análise).

Aos poucos, os gerentes foram aprendendo o que poderiam delegar, com que intensidade e para quem, mas, sabendo que eles eram os responsáveis pela equipe e pelos resultados do grupo.

4.3.2.2 O relacionamento com os superiores

O relacionamento com os superiores foi o mais conflituoso de toda a rede de relacionamentos dos gerentes. Os gerentes reagiram às agendas dos superiores, às suas intervenções no gerenciamento interno da unidade, à falta de insumos e de informações.

Em alguns casos, houve um processo natural de discussões e aprendizado. Em outros, evoluiu para o confronto direto e o desgaste de ambas as partes, e quem mais perdeu foi a parte mais fraca, o gerente de primeiro nível. O relacionamento com os superiores de maior nível hierárquico da organização tendeu a ser o mais conflituoso, enquanto que, com aqueles das áreas ligadas à atenção à saúde (saúde da mulher, saúde da criança e outros programas), foi o mais tranquilo. Foi um aprendizado duro e difícil para eles, durante o qual muitas vezes a revolta e a rejeição foram os maiores sintomas imediatos.

Essa situação pode ser exemplificada pela experiência de uma gerente:

Teve um desentendimento entre duas funcionárias da unidade. Eu chegava às oito na unidade, e a unidade abria às sete. Então, nesse dia, uma médica

e uma técnica de enfermagem se desentenderam, aqui na unidade, eu não estava presente, eu não vi o que aconteceu. A médica foi fazer queixa com o meu superior, e a técnica de enfermagem foi falar comigo. Aí, eu tentei acalmar, vamos conversar... mas a médica tinha saído. [...] “Quando ela voltar, a gente vai sentar, nós três juntas, e nós vamos conversar. E a gente vai ver o que aconteceu, o que a gente vai poder resolver, nessa situação.” Aí, o meu superior veio falar comigo. Eu assim: “eu já conversei com a guria, a técnica de enfermagem veio falar comigo, né? A gente vai marcar com a médica pra conversar. Depois de atender os meus pacientes, depois...”, pois eu ainda tinha toda a agenda médica [...] O diretor quis participar da conversa. Eu assim: “então tá! Então vamos conversar nós quatro”. Aí, chegou duas da tarde, veio a médica [...]. Ele falou sozinho com ela, ele não me chamou pra conversar. [...] depois, ele chamou a técnica de enfermagem, sozinha, sem me consultar. Transferiu essa técnica de enfermagem pra uma outra unidade, e depois ela me chamou pra me comunicar dos fatos.

Aí eu botei o cargo à disposição. Eu assim: “eu não quero mais! Eu tô aqui pra quê? Entendeu? Se nas decisões da unidade, eu não vou tomar conhecimento, eu não vou tomar parte, eu não preciso tá aqui! Entendeu?” Aí foi esse... esse o motivo. Aí ele veio argumentando que eu não estava olhando direito pra minha unidade, que não sei o quê, que pápápá. Que meu coração estava na assistência, que eu tava dando mais bola pros meus pacientes do que pra unidade, que pápápá [...]

[...] Assim eu acho... que as coisas assim: como ele falou, tem uma hierarquia. Ele não pode passar por cima de uma decisão minha. Ele não me deu nem o direito de participar das decisões que ele tomou. Ele não era o coordenador da minha unidade, entendeu? Quem tinha que resolver essa situação era eu! Não ele! Ah... “que tu não tá olhando direito pra unidade!” Até questionei pra ele: “[...] tu como meu chefe imediato, tu tinha obrigação de me dizer se eu errei, tu errou também! Porque tu tinha a obrigação de ter me dito os

erros que eu não tava vendo, que eu não tava conseguindo enxergar. Talvez as coisas não tivessem descambado pra esse lado”, eu falei pra ele, “se tu tivesse me falado”, né?, “os boatos que a UBS é um posto contra gestão”. Eu tinha que ter muito cuidado nas coisas que eu falava, nas coisas que eu fazia. [...] Eu disse assim:”então tá! A partir de agora, essa UBS não vai ter mais um posto contra gestão, tu põe uma pessoa da tua confiança, então, pra assumir. Eu já... já não quero mais” (Análise).

Essa história foi a gota d’água de uma série de contratempos na relação entre essa gerente e o seu superior imediato. Ela ficou indignada com a interferência do superior, pois não tinha pedido suporte para gerenciar o problema, que era de fácil encaminhamento. Ela conhecia esse tipo de problema, sabia resolvê-lo, já tivera outras experiências semelhantes. Sentiu-se invadida, reagiu e, sem mais condições de diálogo, abandonou o cargo. Com o episódio, perderam todos.

Durante o relato, ela faz menção de ter sido acusada de “ser contra a gestão”. Isso se devia aos seus frequentes questionamentos em relação a encaminhamentos dos superiores, com os quais não concordava. Ela se ressentia também de não ter *feedback* em relação aos seus encaminhamentos. Queria ser orientada e corrigida. Poderia melhorar. Mas não queria intervenção no seu trabalho.

Pouco tempo antes desse fato, numa manhã, ao chegar à unidade, ela a encontrou praticamente sem móveis. Foram tirados todos, às pressas, muito cedo, sem avisá-la, e enviados para a inauguração de outra unidade. Foi um dia de caos na unidade, de estresse e de dificuldade de interface com a população. Nessa e em outras oportunidades, ela tinha conseguido contornar os problemas, agora, já não conseguia mais. Estava exausta.

Não era somente ela que tinha essa percepção, outros gerentes também não se sentiam seguros em relação aos seus superiores. Eles reclamavam por mais proximidade, mais respaldo e mais agilidade para dar conta dos problemas locais:

Acho que... não sei! Às vezes, falta um pouco de respaldo do chefe imediato, ou você quer apresentar alguma coisa, você quer... você precisa de alguma coisa e você não... no nível central não te dá um... não de tá um *feedback* na velocidade mínima que você esperaria!

O pior é lidar com o nível central. O pior é... às vezes, o coordenador se sente desprotegido. Eu sei que o pessoal lá tá massacrado, tá fogo! Mas, às vezes, você quer alguma coisa e você precisa muito de alguma coisa... e não tem respaldo. Acho que essa é a pior parte... (Manoela).

Porque qualquer coisa que dê errado à pessoa, a postura do superior maior era assim: acaba na coordenação local. As coisas eram impostas, qualquer momento podem te sacanear, no sentido assim... (Júnior).

Em algumas dessas histórias, observei um clima de total insegurança em relação aos superiores. Um dos gerentes sentia um posicionamento sarcástico, da parte de alguns superiores, em relação aos problemas enfrentados na unidade. Ele imputava esse comportamento à manipulação e ao despreparo deles em relação aos subordinados. Era uma relação desgastante e improdutiva:

Então, ah... as pessoas fazem ouvidos às suas reivindicações... E... e, às vezes ouvidos esquizofrênicos, em relação ao... porque tu tá mostrando tal coisa, que tá aqui e as pessoas dizem: “não, tu não tá me mostrando, isso que tá na tua mão não existe”, né.

E eu acho que isso é uma coisa muito desgastante, né. Ofende a tua inteligência, ofende a tua... teu senso moral, ofende teu senso de tudo o que é coisa. E eu acho que isso é uma violência, pois tu sofre. Uma violência, uma violência mesmo! Tu te sente violentado com a indiferença que as pessoas têm... não é só é indiferença, pelo contrário. Se fosse só indiferença... É a distorção da realidade que as pessoas te impõem, pra que as coisas funcionem do jeito que elas querem que funcionem. Então, tu tá demonstrando que “x” é “x”. Tá aqui, é “x”, né? “Não, esse ‘x’ aí, teu, não é ‘x’”. Eu acho que é um ‘o’ ”. Então, tu funciona como se fosse um “o”.

Aí se fica tentando provar que é um “x”, e eles te falam que é um “o”. Daí tu diz: “mas se for um ‘o’, não vai encaixar aqui. Não encaixa”. “Não, mas tem que dar um jeito de encaixar.” Daí tu...

daí tu desiste. Daí... depois que tu sai, as pessoas dizem: “Não, mas realmente era um ‘x’,” daí tu ajeita. Daí fica uma coisa meio de sacanagem, tu vê que o negócio é pra sacanear mesmo. Daí... e eu acho que não é só aqui, eu acho que deve ser... não só aqui,... Eu acho que deve, na maioria dos serviços, deve acontecer coisas parecidas. Tem a ver com esse negócio de nível de liderança, que mostra assim, né... Ou melhor, até do risco [...] de pessoas, às vezes não tão capazes, organizando coisas né... onde tem pessoas que são um pouco mais capazes, e isso faz com que pra tu poder manter o poder, tu tenha que manipular as coisas, tu tenha que impor uma regra, ou tu tenha que seguir muito manual. Isso é um problema né? (Antônio).

Ouvidos esquizofrênicos: o que parecia óbvio era negado. Inicialmente inexperiente, ele argumentou insistentemente, até chegar ao máximo o seu nível de ansiedade. Não havia mais diálogo. Depois, percebeu-se boicotado e resolveu sair da unidade. Mas antes, pesou o seu compromisso com a equipe, que trabalhava exaustivamente para auxiliá-lo. Sentiu-se refém da equipe, e ela, dele. Não aguentou, dividiu as angústias e pediu para sair.

É interessante, também, observar que todos os gerentes se referiam, a todo momento, ao “pessoal da secretaria”, à “secretaria”, ao “nível central”, como se fossem pertencentes a outra instituição, outro corpo funcional, do qual não faziam parte. Em alguns momentos, sentiam-se ameaçados por ele, por estar “documentando tudo”, como quem juntava provas dos pedidos de material, das solicitações de pessoal etc. Iniciativas que denunciavam o clima tenso dos relacionamentos, na unidade.

Porém, nem sempre e nem com todos os gerentes era assim. Alguns gerentes tiveram experiências mais positivas, principalmente com os superiores das áreas técnicas da saúde e mais próximos da UBS:

Os meus colaboradores seriam os meus superiores do nível central. Eles estão tentando resolver o que podem. Mas, o que não tá na alçada deles, eles tentam e me apoiam. O que eles podem ponderar comigo, eles ponderam. O chefe imediato também, agora ele tá muito mais perto da unidade do que antes, né? Ele... tem dado um suporte e um alicerce pra gente, muitas vezes até

na parte emocional, né? Tem hora que pesa a parte emocional, e ele também é um amigo, e a gente consegue segurar as pontas.

Essas são as pessoas que eu tenho mais contato: as pessoas do RH. As pessoas do RH também são braços direitos meus, assim... tudo que eu peço pra elas, elas tentam agilizar. Tenho um contato muito bom com elas assim (Sofia).

E... as minhas chefias, eu as vejo evoluindo também. Eu acho que eles melhoraram muito também, eles aprenderam muito também, né? Porque... cada um que entra na sua função, entra aprendendo também, né? E eles tão evoluindo, tá? (Sofia).

A nível dos superiores maiores, eu tenho muito pouco contato. Todos os contatos que eu tive com eles foram contatos é... difíceis. Porque foi somente lançado críticas, e foram muito poucas as vezes em que eu fui escutada. Não me deixavam falar. Então... não tem muito o que falar (Sofia).

Essa gerente percebia seus superiores mais imediatos como cúmplices e até como apoio emocional. Experiente, ela identificava o aprendizado dos seus superiores, que eram muito jovens. Ela, a gerente de UBS e mais experiente que eles, manteve-se compreensiva e companheira do aprendizado.

Uma das gerentes teve a oportunidade de conviver com dois tipos de superiores. Um superior se caracterizava por dar muito respaldo e rapidez às soluções dos problemas; outro, delegava mais poderes e liberava os subordinados para resolverem seus problemas diretamente junto aos outros setores da instituição.

Inicialmente, ela reagiu ao aumento de atividades delegadas, sentiu-se mais exposta. Mas depois, ela absorveu os novos poderes e aprendeu a transitar na instituição, fez relacionamentos, resolveu seus problemas. Nesse momento, experimentou mais uma troca de superior e uma nova centralização de poder. Vejamos o seu relato:

Teve uma época, que foi tranquilo. Assim, quando eu assumi a coordenação, Marcos era o diretor. Ele era uma pessoa muito boa de dialogar, era muito fácil a gente conseguir as coisas com ele.

Ele nos entendia, porque também saiu da ponta, né? Tava numa comunidade que era bem problemática.

Depois entrou o Dako, né? O Dako era um pouquinho mais difícil do que o Marcos. Mais fechado. Ele até tinha um outro perfil de gestão, outra coisa assim. Mas também era uma pessoa que tava aberta a conversações, né? Era uma pessoa que, a gente falava, ele escutava, né? Na medida do possível, ele também... te dava um pouco de segurança...

O Marcos dava mais. Sabe? Ele abraçava mais a tua causa assim: “a partir de agora é comigo!” O Dako chegava assim: “vai e faz!” Entendeu? Era uma coisa que, ele até te delegava mais poderes... Mas, às vezes, a gente ficava meio insegura, né? Porque a gente sempre teve um distanciamento em relação ao nível central. Foi uma coisa que sempre existiu. O nível central é o nível central! Então assim, antigamente, né?, tudo passava pelo meu superior, que levava ao nível central. E o Dako já dizia: “não! Vai Analise e faz!” Sabe? Então, eu chegava: “Dako, aconteceu isso, isso e isso!” “Não! Vai lá, liga pra lá e faz!” Então, no início, foi uma coisa assim meio difícil pra gente, sabe? Porque eu assim: “Será que eu não tô...”, porque tinha aquela coisa de hierarquia, né? Será que eu não tô passando por cima, será que lá eles vão saber que o Dako que me delegou essa função, será que não vão achar que eu tô entrona, alguma coisa assim, né? E sempre com um pouco de medo. Até que uma chefia do nível central veio aqui, conversou com o conselho local, com os funcionários... Então a gente começou a ver que tinha certa abertura lá em cima, pra ponta chegar, entendeu? Eu sei que a gente sentiu mais aberto pra ponta chegar lá! Que antes parecia que era mais fechado. A gente não conseguia chegar!

Eu achei melhor assim. Eu acho que realmente a gente tinha... a gente começou a ser um pouco mais ouvido, entendeu? As nossas demandas... a resposta melhorou, entendeu?

Porque tem coisas que a gente não tinha uma resposta, entendeu? Porque era tudo por

Comunicação Interna (CI), a gente mandava CI... “preciso disso, disso e disso, não sei quê, não sei quê, pápápá”. E a resposta não vinha nunca! Entendeu? A gente ficava sentado, esperando a resposta, a resposta nunca chegava! Então, eu acho que melhorou nesse aspecto assim.

É mais... mais responsabilidade. Nos delegou mais uma função... que não era nossa. [...] Mas a gente sabia, pelo menos, que era sim ou que era não! A gente não ficava a esperar, entendeu? Hoje, não é não, ou, é sim ou sim! Algumas coisas a gente conseguia, outras não, né? A gente tenta até agora, mas é... eu acho que, pelo menos nesse aspecto, melhorou a resposta.

Eu achei pior [nova mudança de superior e recentralização do poder]. Porque eu acho que... eu não sei se as coisas chegam! Porque a gente voltou a não ter resposta. Então a gente não sabe até que ponto as coisas chegam. Se chegam! Se estão distorcidas quando chegam! Porque, você trabalhar com projeção... Então, como é que as minhas reivindicações chegavam lá? Entendeu? Então isso... será que vão chegar da maneira que eu quero que chegue, será que não vão chegar? (Análise).

Essa gerente já havia aprendido a trabalhar com mais autonomia. O seu nível de incerteza havia diminuído consideravelmente. Com a recentralização, ela percebeu que, a autonomia que perdera, embora fosse pequena, conferia-lhe mais oportunidade de fazer contatos, maior possibilidade de fazer diagnósticos de cenários e de desenvolver estratégias locais mais consistentes com a política municipal. Ela sentiu dificuldade de readaptação ao novo estilo gerencial. Já tinha rompido as barreiras da dependência. Já tinha mudado uma vez.

4.3.3 Percebendo o crescimento pessoal

Os médicos de família assumiram a gerência das unidades básicas de saúde na perspectiva de aperfeiçoarem a ESF e de melhorarem o funcionamento da unidade. Ao iniciarem as atividades, foram surpreendidos com uma rotina de trabalho que não imaginavam que existisse, pelas prioridades da organização e pela sua dependência quase absoluta de outros setores da Secretaria de Saúde. Eles precisaram rever a sua

agenda, fazer uma rede de contatos e conseguir motivar a equipe, para serem exitosos.

Lutando para dar conta da carga de trabalho, tentando articular com os outros setores e resolvendo problemas dos funcionários, eles enfrentaram grandes tensões e questionamentos. A sua visão de mundo e da organização, fundamentada na sua prática de contribuidor individual, não lhes fornecia os insumos necessários para a nova realidade. A cada momento, apareciam demandas que eles não previam. Rejeição, ansiedade e questionamentos começaram a fazer parte do seu dia a dia. Resolvendo problemas e refletindo sobre suas atividades, eles desenvolveram novas habilidades, uma nova forma de interpretar a realidade. Eles passaram por um verdadeiro processo de mudança de consciência (MEZIROW, 2003).

4.3.3.1 As tensões do cargo gerencial

Cada gerente reagiu à sua maneira à nova realidade de trabalho. Alguns, por conviverem mais de perto com o gerente anterior, já tinham alguma percepção sobre o trabalho gerencial. Outros, sonhavam com a autonomia, inexistente. Cada um, a seu modo, foi-se adaptando e aprendendo.

O primeiro impacto que sofreram foi, certamente, com a rotina intensa de trabalho. Eles imaginavam que, em pouco tempo, colocariam as coisas em ordem e, em seguida, encaminhariam as suas prioridades. Porém, com o passar do tempo, perceberam que precisaram rever as prioridades e se adaptar à nova rotina:

Primeiro mês? Noossa! Mudou tudo! Eu peguei uma unidade que tava fervendo, que o coordenador anterior abandonou o cargo! Ele abandonou porque ele não aguentou, porque era muita pressão. [...]

Estresse, ansiedade, fiquei com insônia nesse primeiro mês, porque eu queria resolver tudo, e nem tudo eu conseguia resolver, porque não tava na minha alçada... e... foi mais insônia. Mesmo assim, o resto... foi bem estressante!

Chegava no posto às sete e meia da manhã e saía às sete e meia da noite, exausta. Muito puxado. Dias que eu não conseguia me alimentar... não dava nem de tomar água, não tinha horário de

almoço, porque os problemas iam almoço à dentro. É... então, pesou muito.

É claro que depois, com o tempo, eu fui obrigada a priorizar. Resolvia os problemas maiores, e os menores ficavam pra depois. Aí eu comecei a priorizar um pouco a minha qualidade de vida, porque um dia, se ficar doente, não faço nada. Aí eu comecei a me alimentar melhor... Isso demorou uns dois meses, até eu me adaptar e conseguir também é... arrumar, muita coisa pra fazer. Demorou dois meses (Sofia).

A pressão inerente ao cargo de gerente de UBS era alta. Eles eram cobrados pela população, pelos funcionários e pelos superiores. Como responsáveis pela unidade, eram eles que respondiam por tudo. Eles interagiram com muitos setores e atores, para garantir a funcionalidade da unidade. Eles precisaram orquestrar ações de diversos setores, de dentro e de fora da UBS. Fazendo essa intermediação, os embates foram inevitáveis e consumiram muita energia. Em alguns momentos, eles não conseguiram se desligar dos eventos, imaginando diálogos e atitudes, analisando o cenário, fazendo planos. Pressão, ansiedade e estresse passaram a fazer parte das suas vidas:

Foi um período, assim, no começo muito trabalhoso, e depois, realmente estressante, né? Mas um estress... não um estress bom assim... sabe? Um estress ruim. Um estress de sofrimento, assim. Um estress não bom para as pessoas, assim, de tu ir deitar e ficar brigando assim... sabe? Ficar brigando com a pessoa assim, sabe. Discursando assim, ficar brigando, brigando, brigando... de assim, de tu conseguir, às vezes, dar uma... Mas assim, a partir do momento que alguma coisa fizesse conexão com aquilo, tu já tchuuuuuuuuffff... sabe? (Antônio).

Olha, significa muita responsabilidade e muita pressão. É... é responsabilidade, porque você tem vários funcionários e você tem que responder por eles, tem que zelar por eles e, ao mesmo tempo, você responde por qualquer ato, assim, dentro da unidade, mesmo que você tenha tomado o próprio servidor. E... a pressão também, porque tem a população que vai tá te cobrando. E isso é normal,

faz parte do processo, sempre vai ser assim. Pode ser que seja a unidade mais tranquila, sempre vai ter algum nível de pressão, de tensionamento da população e da secretaria também. Então, nem sempre os recursos são tão grandes, tanto materiais, quanto recursos humanos. Então fica a tensão. Você fica pressionando também a Secretaria de Saúde, tentando conseguir mais recursos humanos, mais recursos materiais. E a Secretaria da Saúde, por outro lado, querendo indicadores, querendo que se prove tecnicamente... E a população não quer saber, né? Ela quer que resolva e deu. Pra mim, esse é o significado, assim (Júnior).

Os gerentes já não puderam mais manter o mesmo ritmo de vida. Seus espaços foram progressivamente tomados pelos problemas da unidade:

E também tu perde uma coisa, assim, de, digamos, assim... uma coisa... uma coisa que eu acho que tu perde e perde mais por falta de tempo, porque tu até pode usar, mas tu perde um pouquinho os teus espaços de... é... de... recarga emocional, que tu tem normalmente no serviço. Por exemplo: ir na cozinha bater um papo. Isso tu perde um pouquinho, entendeu?

Porque sempre tem alguém atrás de ti, né? Tu até pode ir lá, mas tu tem que sair pela janela pra entrar na cozinha, porque se tu passar pelo corredor, vai ter dez querendo falar contigo. Então tu tem que... então tu perde um pouquinho isso. Eu acho, pelo menos, assim, eu acho que é uma coisa importante assim. Então tu acaba perdendo esse tipo de ação também. No começo eu até não senti muito isso, mas porque as pessoas iam no... na coordenação, tomar chimarrão comigo, eu fazia chimarrão e ficava lá, mas não é a mesma coisa assim, né. Tu poder discutir assim... (Antônio).

O processo não foi simples. Para alguns, um pouco mais tranquilo, para outros, mais tenso. O nível de tensão e ansiedade aumentou proporcionalmente ao nível de problemas enfrentado. Um dos gerentes chegou a emagrecer cinco quilos, nos três primeiros meses.

Outro, precisou tomar remédio. Uma mudança que lhes custou comprometimento não apenas emocional, mas também físico.

Resolvendo problemas, solucionando conflitos interpessoais, negociando e motivando os funcionários, conversando com os superiores, os gerentes identificaram limites pessoais. Eles precisaram desenvolver novas formas de explicar a realidade, novos argumentos, criar oportunidades, desenvolver novas atitudes. Enfrentando as tensões do cargo gerencial, eles precisaram rever seus conceitos, dando lugar a uma visão mais abrangente e mais equilibrada sobre si mesmos e sobre a organização. Essas constatações correspondem às observações feitas por McCauley (1986) e Linda Hill (1993), em seus estudos sobre aprendizagem gerencial, discutidos no capítulo 2.

4.3.3.2 O medo na gerência

Além das tensões inerentes ao cargo gerencial, alguns gerentes teriam mais uma sensação a ser enfrentada, na gerência: o medo. Medo de não ser aceito pelos subordinados, medo de errar, medo de não ter suporte institucional.

Uma gerente ficou muito apreensiva e relutante em relação a aceitar o cargo: ela temia que a sua personalidade intempestiva e objetiva dificultasse o seu relacionamento interpessoal. Além disso, temia que o fato de ter sido indicada por um amigo provocasse rejeição entre os funcionários:

Na verdade, eu tinha muito medo, mas foi mais fácil do que eu pensei. Eu achei que, pela característica da minha personalidade, de ser uma pessoa muito mais intempestiva, eu ia ter dificuldades. Eu achava que isso ia me criar muito ranço, entre eu e as pessoas. Acabou que não foi assim. As pessoas tão do teu lado e elas até mudam. Eu tenho gente, aqui, que era... não vou dizer imprestável, mas que tinha muita dificuldade pra pegar no trabalho. E hoje, essas pessoas arregaçam as mangas, eu... eu posso contar com elas (Manoela).

Na verdade, olha só, eu tinha muito medo e o medo, que hoje eu vejo que era injustificado, eu acho que eu problematizava. Como eu não conhecia, eu problematizava demais a questão da gerência. Aí, foi o tempo... No início, foi assim uma dedicação

muiiii... louca. Eu saía do posto 8:30 da noite, apesar de meu horário ser até às cinco horas, e depois eu ia... quer dizer, na verdade, eu gerenciava o tempo inteiro (Manoela).

É que na verdade, o grande medo que eu tinha era em relação aos funcionários. Eu... como eu era, sei lá, só uma funcionária e, de repente, virar coordenadora não sei o quê, ainda um amigo entrando como superior imediato, e aparecia que era uma coisa que “ahhhii, com o amigo entrou...”...e aí... então eu tive muito medo da recepção local. Totalmente infundado esse medo, totalmente. Não... não tinha nenhuma coisa. Todo mundo... na verdade, eu acho que, como tava todo mundo muito sem comando, quando eles receberam um comando, qualquer comando que fosse, eles ficaram muito satisfeitos. Tinham alguma orientação (Manoela).

Com o tempo e a prática, ela enfrentou suas dificuldades. Essa gerente aprimorou seu relacionamento com os subordinados, desenvolveu afiliação e capacidade de influenciar o comportamento das pessoas. Aos poucos, transformou a sua objetividade em diferencial de qualidade para o gerenciamento. Ser amiga e ter acesso facilitado ao seu superior lhe conferiu, em vez de problemas internos, oportunidades de influenciar nas decisões e de resolver problemas da unidade.

Outro gerente, que assumiu o comando de uma unidade bastante desgastada por conflitos que envolviam os superiores e a gerência anterior, de imediato percebeu a vulnerabilidade e os riscos inerentes ao cargo:

Tu... de medo assim, de medo que as coisas fujam do controle, ao mesmo tempo que te cobram uma... que tu tome uma decisão. Ah.. quando tu toma uma decisão, tu descobre que aquela decisão que tu tomou é por tua conta e risco, né? Porque, se der errado, quem se rala és tu. Não existe uma... tu não tem uma retaguarda... ou, se você tem, tu desconhece... uma retaguarda jurídica, uma retaguarda institucional que realmente te dê suporte pra algumas decisões que tu é obrigado a ter pras coisas funcionarem. Então não servia assim que tu tem que trabalhar com o mínimo, que tu tem que toda hora fazer

concessões pras coisas funcionarem... ou contar, ou solicitar concessões dos outros, para que os outros trabalhem quando tá faltando isso, faltando aquilo, e que depois tu precisa devolver com exceção, devolver o negócio, e que tu não tem poder pra fazer tal coisa. Então, se der errado, é por tua conta e risco. Se der certo, beleza, né? O funcionário, o paciente sai... sai no lucro, a secretaria sai no lucro. Mas, se der errado, quem se rala é tu. Então uma coisa assim entendeu? Eu acho que isso é uma situação de... muita exposição (Antônio).

O gerente sentia a pressão da população e dos seus superiores. Com pouca autonomia, ele era obrigado a fazer concessões, muitas vezes sem respaldo nas normas institucionais, para fazer a unidade funcionar. Ele percebia claramente o seu nível de exposição e vulnerabilidade. Quanto maior a sua vulnerabilidade, maior a ansiedade resultante. Resolvendo os problemas, ele enfrentou os riscos e tomou decisões. Ele foi aprendendo a conviver com as tensões inerentes ao cargo de gerente de UBS diariamente.

Essa percepção corrobora o estudo de Dinorá Meinicke (2003), que observou que os executivos experimentavam diferentes sensações de medo (da rejeição, de errar, da incompetência e de ter a imagem prejudicada) e que essas eram geralmente acompanhadas de sinais físicos e mentais como a fadiga, a ansiedade e a taquicardia.

Para superar o medo de ser rejeitado pelos funcionários, foi preciso melhorar a capacidade de interface e liderança e, para superar os medos de errar e da falta de retaguarda, foi preciso aprender a correr riscos e enfrentar a insegurança, pois geralmente não existe retaguarda jurídica para lhes dar suporte. Como servidora pública, tive a oportunidade de assistir a vários colegas enfrentando, sozinhos, processos judiciais, devido a decisões tomadas no período em que atuaram como gerentes.

4.3.3.3 Os limites éticos

Os gerentes eram exigidos continuamente, por demandas dos seus superiores, algumas de fácil execução, outras, até impopulares, de pouca aceitação pelos subordinados ou pela população. Ao mesmo tempo em que precisavam executar essas demandas, precisavam manter a capacidade de influência na equipe. Esse posicionamento exigiu um equilíbrio difícil entre o que poderia e o que não poderia ser realizado.

Em alguns casos, quando eles não conseguiram pactuar as demandas dos seus superiores, o aprendizado foi mais difícil. Nos momentos em que a pressão esbarrava em conceitos básicos, que, revisados, foram mantidos como estruturantes, eles não conseguiram fazer um pacto de lealdade incondicional:

Quando eu entrei, já entraram numa paralisação! Já nos primeiros dias, teve uma paralisação dos funcionários e... Eu tinha que conversar com os caras, [...] coisa e tal, mas, no começo a... a... alguns superiores pressionavam muito pra ahn... às vezes... eu sentia assim, que pressionavam muito pra mim arrumar uma maneira de queimar alguns líderes da unidade, no sentido... “Tu sabe que fulano fez tal coisa?” Então... eles viram que eu não ia fazer esse papel, então... eu acho que eles começaram a ver, a me ver realmente como uma pessoa que não era parceira mesmo...

Daí, quando eles perceberam que eu não ia bancar, eu passei a ser alvo da briga também, né? Entendeu? Então... começaram as discussões e eu acho que as pessoas podem adotar várias coisas, maneiras de agir, por exemplo. Por exemplo, tu pode ser um cachorro e obedecer teu dono, né? Tipo assim... “ah, faça tal coisa”, tu vai fazer independente daquela coisa ser ruim, tu não vai ter discernimento, né?

[...] mas não sei! Ah... eu fiz faculdade, eu... sou relativamente esclarecido, então eu não vou fazer todas as coisas que tu me mandares, simplesmente por que é uma ordem, porque hierarquicamente a pessoa te manda, entendeu? Até porque não é assim, né? (Antônio).

O gerente enfrentava uma paralisação dos funcionários. Fazia interface entre os grevistas e a administração, um trabalho delicado e difícil. Afinal, ele também era um funcionário. Em um dado momento, foi pressionado a fazer algumas discriminações de funcionários, líderes na unidade. Essa pressão fez com que ele mergulhasse num profundo processo de reflexão, para compreender o que significava ser um funcionário, um colega e um membro da gestão. Que implicações teriam essas funções? Até onde ele poderia ir? E a sua conclusão foi clara: não faria

isso. Absorveria demandas dos superiores, mas elas não eram incondicionais. Ele precisou compreender e deixar claro os seus limites éticos. Posicionando-se dessa forma, precisou assumir o ônus da sua decisão. Foi interpretado como alinhado a um grupo desafiado à gestão e passou a ser da gestão central. Esse fato viria a comprometer, durante todo o período em que ficou na função, o seu trabalho gerencial.

Esse fato não é raro, e é particularmente importante nos serviços públicos, onde existe alternância de governos e partidos na administração. Os gerentes precisaram aprender mais essa particularidade da nova função. Precisaram se posicionar perante demandas políticas dos superiores e a estabelecer os seus limites. Ultrapassando certos limites, poderiam agradar aos superiores, mas perderiam a liderança na unidade e na comunidade, ou vice-versa. Foi um equilíbrio que exigiu posicionamentos claros, nem sempre fáceis, com muitos questionamentos dos seus valores e da própria visão de mundo.

4.3.3.4 O gerente como um membro da gestão

Divididos entre a equipe e a gestão, os novos gerentes tiveram algumas dificuldades em se posicionarem como membros da gestão. Em alguns casos, isso foi particularmente difícil, porque eles não pactuavam com os mecanismos gerenciais muitas vezes utilizados. Em outros, foi mais fácil. Aos poucos, eles foram aproveitando as oportunidades de aprendizado que apareciam e conseguiram situar-se como membros da comunidade de gerentes (GHERARDI et al., 1998).

Alguns gerentes, sendo cobrados em relação ao seu posicionamento, em alguns momentos de embate entre os interesses institucionais e os dos subordinados, sentiram dificuldades e oscilaram entre se sentir um contribuidor individual e um membro da gestão:

Uma... umas vezes, até o Dako me questionou assim: “Ah! Porque tu é a gestão”. Eu assim: “depende de onde eu estou”. Eu falei pra ele, sabe? “Como a minha unidade, discutindo as... as pendências da minha unidade contigo, meu chefe, eu não sou gestão! Eu sou a equipe! Então, se tá eu e tu fora, eu sou gestão... Eu vou tá do teu lado, eu vou tá te apoiando, eu vou tá defendendo, como gestão. Se eu tô aqui, a quatro paredes, dentro de quatro paredes com a minha equipe, eu sou equipe. Eu não sou gestão. E eu vou lutar pelos problemas da minha equipe. Eu não vou te defender!

E aí eu não vou ficar de bem comigo, sabe?” Mas eu sempre me posicionei mais do lado da minha unidade. Que eu acho que...

Eu... eu acho assim, mas nas reivindicações que a gente tinha da unidade, eu não era gestão. Eu não tava ali pra dizer pra eles que a gente não ia conseguir, que a gente não ia fazer, que a gente, sabe? Eu acho que esse aí era o papel do Dako, assim sabe? (Análise).

Então, inclusive a greve, mesma coisa. Então, “ah! vamos entrar em greve”, “a maioria quer greve”, então os outros acatam. Uma coisa meio assim... Inclusive eu, né? (Antônio).

Ser um funcionário público, ter sido um contribuidor individual e, muito provavelmente, que voltará a ser, é uma realidade com a qual os novos gerentes precisaram lidar. Em alguns momentos particularmente importantes, como em caso de greves e ou de embates técnicos, eles precisaram se posicionar. Afinal, eles se comportariam defendendo os interesses da gestão ou dos funcionários? Que identidades assumiriam? Alguns tiveram muita dificuldade de perceber que eram membros da gestão, que, pelo menos temporariamente, estariam defendendo os interesses da gestão. Afinal, eles eram pagos para isso.

Outros gerentes, tendo já compreendido o seu papel, apoiaram o movimento grevista, mas tentaram manter os serviços essenciais da unidade, conforme os interesses da gestão. Eles foram cobrados por ambos os lados, mas souberam fazer a intermediação:

Então... eu tive que tá tocando tudo sozinho. Então me senti sobrecarregado, embora eu compreendesse os... motivos da greve, compreendesse algumas das... Não na íntegra, algumas coisas eu não concordava, pois não tinham motivos justos, também na greve. Não só a questão do salário, mas outras coisas envolvidas ali. Eu me senti um pouco de sobrecarga de trabalho nesse momento, né? Não tanto essa ponte de ter que tá fazendo, né? Aquele meio campo, entre secretaria e servidores... Esse não era... esse não era o meu problema. O meu problema era de ter que tá assumindo a função dos outros da equipe (Marcelo).

Esse gerente, posicionando-se como membro da gestão, precisou trabalhar sozinho e até se ressentiu da falta de apoio dos seus funcionários. Sentindo-se sobrecarregado, fazendo o meio de campo entre a gestão e os funcionários, ele conseguiu manter afiliação com a equipe e responder aos interesses dos superiores.

4.3.3.5 O significado do poder

Os médicos gerentes precisaram aprender o que significava o seu poder e aprender a lidar com ele. Eles aprenderam que, como gerentes de UBS, tinham poder sobre as decisões locais e também o de encaminhar os fatos e situações para os superiores e vice-versa. Eles eram a ponte entre a organização e os funcionários. E isso significava muita responsabilidade, tanto para os superiores como para a equipe. Eles poderiam impedir que determinadas metas fossem realizadas, ampliar ou diminuir problemas locais, entre outras decisões de relevância:

Mas eu tentei... Eu sabia que o fato de eu estar na coordenação me dava um poder. Porque é você que leva pra frente, pros níveis superiores, aliás, todas as dificuldades, tudo que é bom ou ruim na unidade. Então, você tem o poder, um certo poder. O que eu achei mais interessante é trabalhar isso sem usar esse poder, e tentar não usar.

[...] Eu acho que... quando o Marcos era o meu chefe, ele, cem por cento das vezes, ele me dava respaldo é... Eu me sentia amparado, entende? Ele me filtrava certos conflitos que poderiam ser amplificados. Então, eu acho que quem está num nível superior a você, pode amplificar ou pode me filtrar algumas versões dos conflitos (Júnior).

Eles aprenderam que tinham poder, mas, inicialmente, o percebiam como algo proibido, algo negativo, talvez numa alusão ao poder autocrático, altamente rejeitado pelos funcionários. Entre uma percepção e outra, eles foram aprendendo a lidar com o seu poder e o usaram sempre que precisaram, influenciando decisões, buscando respaldo, repreendendo um funcionário. Mas compreenderam que isso também significava responsabilização e correr riscos, o poder de decidir, mas também de assumir os riscos de cada decisão:

Eu acho... se alguém tem... acha que ter esse tipo de gerência em mãos, é uma coisa de poder ou de coisa parecida, pode até ser uma sensação, mas eu acho que é ilusória. Porque eu não tive, em nenhum momento, esse tipo de sensação. A sensação era de tá na chuva assim, tá se molhando e não ter guarda-chuva nenhum (Antônio).

Os médicos sentiram-se muito bem por terem aprendido a lidar com o poder. Sendo gerentes, eles tiveram acesso a um maior número de informações, tanto profissionais, como pessoais. Eles se aprofundaram no conhecimento dos funcionários da unidade e aprenderam a lidar com esse conhecimento, utilizando-o, quando necessário, para conseguir seus objetivos. Na medida em que ficavam mais confiantes em si, conseguiram lidar melhor com o poder:

É! E eu nunca fui muito de me modificar assim, sabe? Tipo assim, eu sou o mesmo antes de fazer medicina, fui o mesmo enquanto era coordenador... Nunca fui uma pessoa, assim, de me tornar arrogante, eu não deixei de conversar. Pelo contrário... (Antônio).

[...] Eu acho que essa coisa de poder, de tu aprender a lidar com o poder, eu acho que é muito... muito válido, sabe? Porque... tu conhece uma pessoa quando tu dá poder pra ela, aí tu realmente sabe quem essa pessoa é, né? Então... eu acho que eu soube lidar com essa questão do poder, eu não deixei de ser a Analise, porque a Analise era a coordenadora da unidade. Eu continuei colega, eu acho que eu continuei assim, sabe? (Analise).

Aprendendo a lidar com o poder, evitaram excessos, e conseguiram direcioná-lo para implantar a sua agenda.

4.3.3.6 A mudança de consciência

Na medida em que enfrentavam os problemas diários e suportavam as tensões do cargo, os médicos gerentes compreenderam que estavam diante de um enorme desafio: enfrentariam situações limites tanto do ponto de vista pessoal, como do profissional. O desafio profissional era o de gerenciar sem autonomia:

Bom, pra começar, é um desafio. Ser gerente é um desafio. Porque, ser gerente, você gerenciar uma coisa que você é... não tem todos os poderes, né? De exercer tua função da melhor maneira possível com tua autonomia. Você sabe que gerenciar uma unidade de saúde pública, sem ter essa autonomia completa pra fazer as coisas funcionarem, é complicado. É... deixa uma certa insegurança. Porque você detecta uma falha, você sabe qual é o mecanismo e qual deve ser o ponto de ação pra sanar essa falha, mas você não tem esse poder todo nas mãos. Você, por exemplo, precisa de RH, precisa treinar esse RH, pra executar aquela função da melhor maneira possível, mas você não consegue contratar o RH. Tá fora da tua alçada, você não consegue treinar esse RH no setor se não envolver terceiros, se eles tão disponíveis pra esse treinamento ou não. Então... gerenciar uma unidade de saúde é um desafio frente a essas, a essas dificuldades. De ter o poder na mão de resolutividade, você não tem (Sofia).

Um desafio pessoal percebido foi o desafio de responder às expectativas dos outros, de sair da posição de quem só critica, e conseguir tomar as decisões necessárias, posicionar-se como um líder:

Ser gerente... assim, ser gerente, pra mim, significou... em primeiro lugar, assim, um certo desafio pessoal de saber se teria capacidade pra... exercer algum tipo de liderança em relação às pessoas, de conseguir fazer algumas coisas, ou conseguir, digamos, trabalhar, né? Digamos que tomar as decisões ou, pelo menos, organizar as decisões, coisa parecida. Isso é a maior dúvida que se tem, né? Ah... ah... como eu já tinha falado antes, também sair da situação confortável, só crítica, pra ver se realmente as coisas eram mais difíceis do que parecem quando não se é gerente, né? (Antônio).

Responder a esse desafio foi o que os fez se moverem na direção de uma série de mudanças, tanto na forma de agir como na de pensar (HILL, 1993), um aprendizado que os transformaria (MEZIROW, 1991).

Para conseguirem trabalhar, os gerentes precisaram interagir diariamente com inúmeras pessoas: subordinados, superiores e comunidade. Cada troca era uma oportunidade de crescimento:

[...] Eu acho que... eu acho que, como pessoa, a gente cresce! Entendeu? Como a gente amadurece, assim.

[...] Eu acho que tu divide experiências com as pessoas. Tu divide opiniões, tu vê vários pontos de vista. Eu acho que isso vai crescendo como pessoa, eu acho que tu vai amadurecendo. A gente nunca é o dono da razão, que a gente nem quer ser o dono da razão, mas quando tu tá numa... numa coisa de poder, tu pode ser o dono da razão. Sabe? Porque é só tu mandar... que os outros vão ter que fazer, entendeu? Tô mandando, eu sou chefe... (Analise).

Eles aprenderam sobre si mesmos e sobre o seu trabalho. Aprenderam que, além de suas atividades de médicos da UBS, havia um outro mundo, maior e mais complexo. Aprenderam sobre o sistema de saúde e sobre as dificuldades de operá-lo. “Eu acho que isso me fez crescer muito, profissionalmente” (Marcelo).

Assim, eu acho que... vamos supor..., eu acho que a gente começa... a gente começa a ver, enxergar melhor os problemas que a gente tem, enquanto saúde pública, que a gente não sabe que existem “n” problemas, mas a gente não... Enquanto a gente é só assistente, tu sabe os problemas, às vezes, mas tu não sabe a grandeza dos problemas, tu não sabe... (Analise).

E... na verdade, o grande portal que... que abriu pra mim, foi o de conhecer, eu não tinha a menor ideia do que era gerenciar alguma coisa. Eu nunca tinha gerenciado nada! E aí, saber que não é só aquilo que tá ali, tem muitas instâncias antes daquilo, por exemplo: o médico... os médicos adoaram reclamar quando não tem o remédio. Mas eles não têm a menor ideia de como é o percurso pra botar o remédio. Eu fui uma vez numa reunião de assistência farmacêutica, tem quatorze etapas, desde que eles é... fazem lá a coisa, até o remédio chegar na prateleira. Tá entendendo? E quando

uma licitação dá errado? Se algum concorrente entra, daí impugna aquilo... são 90 dias, são 180 dias, então, isso é uma... A coordenação te faz, você é... você é apresentado pra como o sistema funciona. E aí, quando... eu não vou ser coordenadora o resto da vida, quando eu vou voltar pra atender o PSF, quando faltar o omeprazol, eu não vou ficar dando chique, né? (Manoela).

Um dos gerentes que teve uma oportunidade de passar seis meses numa gerência de nível intermediário percebeu claramente a ampliação da sua visão experimentada tanto como gerente de UBS, como na gerência de nível intermediário:

[...] ter uma visão lá de fora, da ponta, que não é o pensar um pouco mais de perto aquilo, é conhecer mais as políticas de saúde, como é a estrutura delas num nível macro, mais encima do que a gente trabalha, compreender que algumas dificuldades que se refletem pra nós, no trabalho do dia a dia na ponta, na unidade de saúde, tem a ver com todo esse processo. Às vezes, não é uma má vontade de quem tá ali, é toda uma dificuldade estrutural que existe. Eu acho que isso, é... contribui a essa visão mais macro de planejamento. Eu acho que foi importante, eu acho que você volta pra unidade depois de ter passado por um... Eu acho que são duas situações, né?! Uma vez assumida a coordenação de unidade, você muda enquanto perspectiva de profissional, porque você passa a entender um pouco do trabalho geral da unidade, de uma forma mais ampla do que simplesmente tá, ali, inserido dentro da equipe, e ver essas necessidades. E talvez te dedique um pouco mais em algumas coisas no trabalho, por conta disso (Marcelo).

Agora, vivenciar o lado da discussão gerencial, e aí não é só o fluxo, é você ter possibilidade de ta discutindo essas coisas: como é que se organiza o trabalho da saúde família? Tá vindo março, o que vai ser feito? Enfim, ter essa possibilidade de discutir a organização da estratégia e organização da rede, da atenção à saúde, eu acho que te dá uma outra visão... você volta com uma outra visão de

planejamento, de organização de demanda... de responsabilidade. Eu acho que o grande crescimento profissional, que vem vindo nesse sentido, é muito grande, né?! (Marcelo).

Enfrentando problemas, fazendo contatos e se relacionando com inúmeras pessoas, os gerentes foram mudando. A cada conflito, a cada dificuldade enfrentada, eles eram lançados em um processo de profundos questionamentos e reflexão. Eles não queriam errar, precisavam dimensionar cada atitude a ser tomada. Esse processo de ação-reflexão-ação provocou mudanças no seu comportamento. Eles descobriram um mundo mais complexo, que lhes exigiu buscar novas teorias, novas conexões conceituais, para explicar a realidade, enfrentar os desafios e planejar o futuro.

[...] tipo assim, ver se... tu consegues responder essas expectativas, assim, dos outros, em relação a tu poder ou não, ser coordenador, ou ter capacidade pra ser ou não, entendeu? No sentido, assim, de amadurecimento pessoal, assim, de tomar decisões de adulto assim, né? (Antônio).

Eles aprenderam sobre si, sobre o sistema de saúde e sobre o mundo. “Cara! Eu acho que sou outra, você se... abre um portal, tá entendendo?” (Manoela). Já não era mais possível voltar atrás. Eles haviam mudado de identidade e já pensavam e agiam como gerentes. O que antes parecia complicado e difícil, agora era dominado, era razão para a realização:

O que eu mais gosto é... olha, eu gosto de quase tudo. Eu gosto de lidar com os funcionários, eu gosto de lidar com informática, eu gosto de trabalhar lá em cima, de ta com o olho em cima de todos os setores, eu gosto. Não é uma coisa pra falar, eu não gosto duma coisa, eu gosto do todo. Eu gosto de ta resolvendo várias coisas ao mesmo tempo. É do meu perfil, eu gosto. Tu vai perguntar “por que que tu gosta de fazer tanta coisa ao mesmo tempo?”— não sei! Nasci assim, já! Eu gosto de fazer isso (Sofia).

Sei que vale muito a pena gerenciar... é um momento em que você pode... Você fez um

diagnóstico, e você tem a chance de implementar o diagnóstico que você fez. É... não sei... No meu caso, foi muito medo, muito medo. Eu recusei quando ele ofereceu. E aí, a outra entrou e... teve uma hora que eu realmente fui obrigada e hoje... não sei... eu fico me imaginando assim, como médica, só como, só médica, não sei... Eu... na verdade, eu não me imagino fora, mas, vai ser difícil (Manoela).

Gosto. É como eu falei antes, um lado meu... a gente ia naquele dilema, né?! Ora, será que não é melhor eu atuar como médico, será que... será que eu não vou sentir falta, né?! [...] Agora, a unidade básica te dá um prazer, porque você tem essa autonomia de organizar, de conversar com as pessoas, sentar e: “Não, então vamos planejar uma ação, como é que nós vamos organizar isso, quem sabe faz assim...” [...] esse planejamento do dia a dia da unidade, eu acho que é muito bom e... te faz crescer. Porque você tem uma percepção disso, tem tuas opiniões e sugestões a dar, e aí eu acho que contribui, [...] porque, o fato de você conhecer, é esse conhecer mais amplo de como as coisas funcionam e os caminhos das coisas... Às vezes, você vai dar uma sugestão, porque você tem uma visão mais ampla do que o teu colega que tá ali do lado, que não consegue, não tem essa percepção de fluxo de alguma coisa, então você, às vezes, encaminha determinadas coisas e sugestões pra determinados problemas, porque você sabe o fluxo de tramitação, você sabe que ali é o lugar mais fácil de você chegar naquilo que você quer. Assim, isso facilita muito, né?! É... então, eu gosto de ta envolvido nisso, nesse processo de discussão, de planejar, de como é que eu vou fazer, de... tal coisa tá pegando. Então eu acho que isso é gratificante, né?! (Marcelo).

Eles já haviam conhecido um novo mundo, mais complexo, que eles aprenderam a dominar. Eles haviam se tornado gerentes. Eles experimentaram um processo de mudança de consciência, de médicos para gerentes (HILL, 1993).

Mesmo aqueles que abandonaram a gerência, por diferentes motivos, ponderam que podem voltar a ser gerentes em outras circunstâncias, em outros cenários mais favoráveis:

Gostei, gostei, gostei... am... hoje não [seria novamente coordenador], nesse momento... depende do momento. Mas assim, eu recomendo... um... uma parte, eu acho que... não todo mundo, mas quem... ou tem perfil ou gosta disso, eu acho que... tem que experimentar, mostrar... mostrar suas ideias. Eu acho importante (Júnior).

4.3.4 O caminho do aprendizado

Enfrentando problemas, superando dificuldades e refletindo sobre suas experiências, os novos gerentes aprenderam, na prática, o que significa ser gerente.

Eles aprenderam a organizar o seu tempo, estabelecer prioridades, preencher relatórios administrativos, manter contatos dentro e fora da UBS e até com a imprensa. Enfrentando a intensa rotina diária, eles responderam às demandas e aprenderam: “Fazendo! Fazendo! Fazendo! A colega que tinha sido coordenadora antes, me ajudou muito com fluxo: ‘isso você faz assim’. Me ensinou um pouco, mas eu aprendi, mesmo, fazendo.[...]” (Manoela).

Assim que se tornaram gerentes, eles precisaram aprender uma enorme rotina burocrática:

Maiores dificuldades... uma das dificuldades do começo eram mais em relação a aprender as coisas que tem que ser feitas, no sentido do tempo, ou responder às coisas do jeito certo, organizar o jeito que tem que pedir as coisas, que eu fui, aos poucos, assim, agendando... Agendava os compromissos, mais ou menos, ou delegava pra pessoas me ajudarem a pensar, a lembrar, e coisa e tal (Antônio).

Sem uma orientação dos superiores, eles interagiram com diversos técnicos, dentro e fora da organização, e foram aprendendo os fluxos e até descobrindo caminhos alternativos, utilizados para agilizar recursos estratégicos, como exames complementares e consultas especializadas. Eles resolveram problemas e conquistaram autonomia:

Resolvi, mas... daquele jeito, não... não estruturando, era a forma alternativa de conseguir. Por exemplo, ligava direto lá pro, pro cara que coordenava o SIASC. Dizia pra ele: “O seguinte, eu precisava de uma lista de todos os meus pacientes que tão... constando nome, prontuário, isso, isso e aquilo, todos os pacientes que estão na lista de espera de especialidade”. Beleza, pedia pro cara e tal... descobria quem que era, o cara mandava por email... pronto, tinha a lista de todos os pacientes ali, tava pronta. Então, a partir dali, você conseguia, já, agilizar muito o trabalho, buscar, nossa, “tráfico de influência”, assim... descobrir atalhos... Descobri que lá no Hospital Nereu Ramos, no telefone tal, falando com tal pessoa, conseguia fazer. Então, era assim, beleza, instituía que era assim. Descobri... porque mudou muita gente, ali na marcação. Não tem alguém que ensine, quem que ensinava? Tinha que ser eu. Então assim, eu tinha que saber tudo, como marcar, desde o começo até o fim, tudo. Então, ia ficar descobrindo isso, como que faz pra tirar... Fui aprendendo, ninguém ensinou, fui fuçando como faz pra tirar da lista de espera, como que faz pra incluir... olhava lá... tem uma fila muito grande, tem eletroencefalograma. Não é possível, alguma coisa tem que... então eu descobri uma forma de conseguir marcar, que de repente era só alguém ter orientado, alguém ter treinado e conseguia fazer, entende?! Então, desse tipo de coisa você tinha que ficar em cima (Júnior).

Os recursos críticos para o desempenho foram a capacidade de manter relacionamentos interpessoais e a rede de contatos. As atividades consideradas burocráticas poderiam ser facilmente delegadas.

Questionados sobre qual foi, aproximadamente, o tempo necessário para se considerarem aptos no desempenho razoável das tarefas, suas respostas foram muito variadas e dependeram da experiência anterior e do nível de problemas enfrentados. Um gerente considerou que em dois meses já dominava a rotina da unidade e já tinha uma boa noção do seu trabalho. Outros, fazendo uma avaliação mais abrangente das habilidades envolvidas, responderam: “Um ano. Um ano pra eu me achar assim... Eu agora, eu tô me saindo melhor. A minha crítica autopessoal... eu levei um ano” (Sofia).

Os novos gerentes aprenderam na prática, resolvendo problemas e superando desafios (MCCAULEY, 1986). Nesse processo de aprendizado, eles se utilizaram, principalmente, de quatro recursos:

- a) a experiência como contribuidor individual;
- b) a rede de relacionamentos;
- c) o treinamento formal; e
- d) as avaliações.

4.3.4.1 A experiência como contribuidor individual

O primeiro recurso utilizado, para gerenciarem, foi a sua própria experiência como contribuidor individual. Como médicos, em sua rotina diária de trabalho, sentiam diretamente as dificuldades enfrentadas pelas unidades: problemas no agendamento de pacientes, filas na porta do posto, demora para fazer os exames, falta de remédios, desencontro de informações etc.

Quando eu assumi a coordenação da unidade, não que a unidade fosse mal administrada, muito pelo contrário. Mas o coordenador... a pessoa que me antecedeu na coordenação... ela não... acho que não tinha muita preocupação com isso. Então, às vezes, dava... sei lá! É... por exemplo, a unidade abria à uma da tarde. Lá pelas duas e meia da tarde, a pessoa que pegou a senha à uma hora da tarde, ainda tava lá esperando, e... e a pessoa fica revoltada... e desconta no funcionário, né? (Manoela).

A experiência de contribuidor individual serviu como base para a estruturação da agenda dos novos gerentes, para compor a lista dos relacionamentos interpessoais, para a interface com a população e para o trabalho de suporte aos funcionários. Essas constatações foram também relatadas por Linda Hill (1993) no estudo sobre o aprendizado dos novos gerentes de vendas.

4.3.4.2 A rede de relacionamentos

A rede de relacionamentos, composta pelos inúmeros contatos atuais e antigos, constituiu-se em importante fonte de ensinamentos para os médicos gerentes. Por influência dessas pessoas, eles analisaram seus comportamentos e adquiriram não somente competências, mas também

valores, novas atitudes, e recebiam delas, inclusive, suporte emocional (HILL, 1993).

Segundo McCauley (1986), as pessoas são particularmente importantes no aprendizado, pois servem de modelo, suporte ou até de reforço do conhecimento. “Então, eu me protejo muito com o erro dos outros, eu aprendo muito assim também. Não tive nenhuma faculdade de gestão, mas a vida já me ensinou bastante coisa (Sofia).” Experiências positivas com pessoas que admiravam, por seu desempenho, sua empatia, sua liderança, ou outras características que marcaram suas vidas, serviram de modelo para os médicos gerentes:

A Maria... Muito querida! A Maria, porque ela é... é muito prática, ela é forte, né? Uma pessoa que tu escuta e fica assim... querendo ouvir, entendeu? Esse negócio de ficar sempre se alimentando quando a pessoa tá falando, e sentir prazer em conversar de novo, sabe? E... e ao mesmo tempo... pragmática, assim, nas coisas, sabe? Tipo assim... não quer saber muito de chá-lá-lá, sabe? Desses blá-blá-blá, blá-blá-blá, pra discutir... É assim: “vamos trabalhar!” Então eu acho que me identificava um pouco com ela e gostava assim do jeito dela (Antônio).

Uma gerente faz um relato em que analisou os seus últimos gerentes na UBS. Ela refletia sobre cada experiência, a partir da sua atuação como contribuidora individual, e procurava entender o comportamento deles. Ela identificou qualidades a serem seguidas e problemas a serem evitados.

A primeira foi a Márcia, que... é... trabalhou muito aqui, se dedicou muito. Mas não tinha o preparo pra lidar com RH, com recursos humanos. Ela nunca teve um preparo pra saber lidar com isso e... é conflitante... Ela é um pouco autoritária e criou muito conflito na equipe e desestruturou muito a equipe. [...] Mas ela era muito dedicada. Eu via o lado positivo que era o lado, é... Aí veio o outro coordenador, que não entendia nada [...] de saúde pública. Ele não entendia absolutamente nada, então foi quando a gente andou pra trás na saúde pública, porque ele não entendia porque que tinha que fazer grupo, ele não entendia

porque que tinha que fazer visita domiciliar. [...] E isso eu vi como um retrocesso do trabalho que a gente fez. Mas sempre fui uma excelente subordinada [risos].

Aí ele saiu, mudou a administração e entrou o Dr. Plínio. [...] Ele já tinha um trabalho com RH muito bom, assim, já tinha um acesso muito bom, mas a parte administrativa, ele tinha dificuldade. Ele não conseguia coordenar tudo junto e as partes. Então faltava material, faltava medicamento... é... as equipes não tinham cabeça, elas estavam sempre assim... andando sozinhas (Sofia).

Dificuldades de relacionamento pessoal, autoritarismos, problemas de coordenação, foram situações que ela percebeu e que, prontamente, tentou evitar. Aprendendo com os erros dos outros, ela melhorou seu desempenho.

4.3.4.3 O treinamento formal

O treinamento formal também influenciou no aprendizado dos novos gerentes. Três dos gerentes fizeram um curso organizado pela Secretaria de Saúde, onde foram abordados os aspectos práticos e conceituais relacionados à gerência de UBS: planejamento, territorialização, avaliação de desempenho, fluxos administrativos, formulários e sistêmicas de coletas de informações, operação dos sistemas informatizados disponibilizados às UBSs, entre outros. Eles gostaram da capacitação e referiram que ela contribuiu positivamente para o início dos trabalhos como gerente:

Nós tivemos um curso no começo, de fluxograma, na unidade da Secretaria de Saúde, que foi genial, foi muito legal isso, porque... Não foi nem o introdutório, foi montado pela própria Secretaria de Saúde... Foi um curso que eles montaram e fizeram assim: cada setor ia lá e expunha o seu setor, dizia como que funcionava. Porque houve uma mudança muito grande, um grande número de coordenadores foi trocado, né? (Júnior).

Eu fiz o curso de gestão, na época que a Secretaria fez aquele curso. Foi muito bom. A gente aprendeu com aquele grupo. Foi muito bom. Ali, a

gestão foi muito boa. Porque justamente, ali, eu comecei a fazer o curso na primeira semana que eu assumi a coordenação.

Foi no mesmo dia. [...] Eu tava sendo... é... formada, vamos dizer assim... como gestora e colocando em prática, automaticamente. Então foi uma aula teórica e prática ao mesmo tempo. E colocando à prova aquilo que eu tava aprendendo lá, que eu tinha que botar...

Eu acho que ele foi bem abrangente, não foi limitado, não. Talvez porque eu estivesse colocando em prática automaticamente. Uma das coisas que eu lamentei, assim, foi que eu não consegui cumprir ele inteiro (Sofia).

Embora os gerentes tenham feito boas referências ao curso para gerentes, a bibliografia especializada em aprendizagem gerencial credita aos treinamentos formais um impacto reduzido no desempenho dos gerentes, em comparação à aprendizagem na prática (CLARK; CLARK, 1996; FOX, 1999; HILL, 1993).

4.3.4.4 As avaliações

As avaliações, tanto formais como informais, foram importantes para que os gerentes analisassem seu desempenho e corrigissem as possíveis falhas. Essas avaliações vieram, principalmente, dos subordinados e dos mecanismos de *feedback* públicos, como o serviço de ouvidoria. Dos superiores, não recebiam avaliação ou, no máximo, ela foi restrita.

Os subordinados tiveram um papel importante nas avaliações, facilitado pela postura adotada pelos novos gerentes, de proximidade e participação da equipe no processo decisório:

Eu assim... eu acho que sou bem aberta a críticas, né? [...] Eu acho que tem que mostrar e que, se as outras pessoas tão enxergando, eu acho que elas têm a obrigação de nos contar o que elas tão vendo, entendeu? Porque às vezes tu tá nesse... nesse tumulto, nessa coisa toda e tu acaba não vendo as coisas... acaba sendo uma coisa tão automática, que o teu olhar, que até tu não presta atenção, nas pequenas coisas, né? Então, eu gosto de que as pessoas me digam o que eu tô fazendo de errado, onde é que eu tô errando, porque eu acho que só

errando é que a gente aprende. Então eu não me importo de ser avaliada, de ser criticada, desde que tenha fundamento. Entendeu? (Analise).

Eu acho que as pessoas dizem pra mim, isso é uma coisa que eu tenho como funcionária... E eu não sei, eu posso dizer que 90% dos funcionários já vieram me dizer isso, de forma ou de outra forma, como o posto é muito mais organizado depois que eu entrei. Como tudo flui melhor. Isso é uma coisa que me deixa... isso é o melhor momento pra mim (Manoela).

[...] Ouvir de uma dentista, que também era uma grande parceira minha dentro da unidade, que mudou... e falar que assim tá melhor [...]. Ouvir da enfermeira, que saiu pra assumir outra coordenação, e dizer: “tô com saudade de trabalhar com vocês, era muito bom trabalhar lá”. Acho que isso mostra que a gente tá, ao menos, no caminho certo (Marcelo).

Os gerentes não apenas se mantiveram próximos dos funcionários, como também acatavam suas críticas, mas, para isso, estas precisavam ser bem fundamentadas.

Com relação aos superiores, os retornos, em termos de desempenho, foram muito pouco frequentes e, quando existentes, se mostraram limitados. “Não... eles não tinham muito fundamento nas coisas assim que eu... que eu achava” (Analise). Na ausência de parâmetros, os gerentes especulavam em relação aos critérios utilizados pelos seus superiores, para avaliá-los (capacidade técnica gerencial, interface pessoal e articulação política):

E... já os meus, os meus superiores, eu não sei se eles me avaliam pela minha capacidade técnica, se eles me avaliam pela minha capacidade política de manter relações, se eles me avaliam por... é... tratamento pessoal, eu não sei qual é o parâmetro. Olha, nesses últimos três anos, vários coordenadores foram exonerados do cargo, que eu sei que, pela visão dele, que... na visão deles, não tinham competência. Eu acredito que, como eles não me exoneraram até agora, então, até agora, eles não me viram como incompetente no meu cargo. Eu

estou há três anos num posto que é politicamente ativo, e que várias reclamações chegam direto na Câmara de Vereadores, chegam direto no Conselho Municipal de Saúde, e... É um posto que tem muito pouca ouvidoria, tem muito pouca ouvidoria, pra dizer que zero ouvidoria... (Sofia).

Contando apenas com a avaliação dos subordinados, eles perceberam, em conversas e reuniões, que o número de queixas da população à ouvidoria do município era frequentemente utilizado na tomada de decisões relacionadas ao suprimento e apoio às mudanças pretendidas nas unidades:

A gente não conseguia isso, assim! E a gente direcionava mais em cima do que a ouvidoria estava nos dizendo... Porque assim, a gente não conseguia analisar realmente o que é que tava acontecendo! Pra ver se o nosso trabalho tava melhorando, se tava diminuindo o índice de gestação na adolescência, se tava diminuindo... [...] As ouvidorias diminuíram pra caramba! (Analise).

Percebendo os critérios de avaliação dos superiores, eles ficaram atentos às queixas encaminhadas pela ouvidoria.

Embora a maioria deles percebesse que as queixas diminuíram consideravelmente no período em que foram gerentes, ressentiam-se desse canal direcionado aos superiores, através do qual estes discutiam o desempenho dos médicos gerentes.

4.3.5 Recursos críticos para o gerenciamento da atenção básica

Para desempenharem suas funções gerenciais, os médicos utilizaram estratégias, comportamentos e habilidades que consideraram fundamentais para o bom desempenho no gerenciamento das UBSs. Depois de um ano na gerência, eles já tinham compreendido seu papel, conhecido os recursos disponíveis, as suas obrigações e as restrições ao seu trabalho. Eles já estavam na gerência o tempo suficiente para delinearem um conjunto de conhecimentos e habilidades necessários ao êxito. Eles foram unânimes em apontar que a necessidade de fazer uma boa interface com os funcionários da unidade era uma habilidade fundamental para o bom desempenho da gerência.

Nesse sentido, alguns recursos críticos, como saber ouvir, ter empatia com as pessoas, conhecer as necessidades e expectativas dos funcionários e saber ser flexível, foram fundamentais para uma ter boa afiliação com a equipe, para conseguir influenciar no seu comportamento e para motivá-la:

Hoje, eu tenho um relacionamento... eu posso te dizer que eu tenho um relacionamento íntimo com... 95% dos funcionários. [...]

Não sei se eu sou... eu acho que eu sou flexível. É porque eu sou muito... acho que eu sou um pouco expansiva, eu sou um pouco dura. Mas assim, conhecer as pessoas e saber quem tá falando, porquê tá falando... nossa! Isso ajuda. Isso... na verdade, eu não vou nem botar que ajuda, isso define... é fundamental você conhecer. Eu sei quando alguém, se algum funcionário vem me falar: “ah..., eu tenho um exame, eu tenho uma coisa...” eu sei quem tá falando a verdade e quem não tá (Manoela).

Uma das gerentes, quando foi solicitada a dar um conselho a gerentes novatos, apresentou uma receita de como iniciar o trabalho gerencial: saber escutar, ser paciente, observar as pessoas e os processos de trabalho, fazer um diagnóstico da situação, definir metas com a equipe, conhecer o perfil de cada profissional e direcioná-lo para o que gosta de fazer, estimular o espírito de grupo e, finalmente, direcionar o trabalho do grupo à população:

Um gerente que entra numa unidade de saúde sem conhecer a equipe é uma prova de fogo. É a primeira coisa que eu daria de conselho é: escute cada funcionário, escute cada um que vier, porque quando a gente entra, sempre vem todo mundo desabafar. Escute muito, observe mais ainda e fale menos que possível. Depois de um bom tempo de escuta e observação, faça um diagnóstico geral, né. Pra depois você traçar metas dentro da sua equipe e... trabalhar, porque a unidade de saúde, ela funciona basicamente com seu RH. Se o RH não tá redondinho, não tá entrosado, não tá se respeitando, não tá sendo aproveitado ao máximo cada... o perfil de cada um na sua área, você vai falhar.

Porque não adianta você ter computador, se você não tem funcionário que digite no computador. Não adianta você ter uma farmácia lotada de medicamentos, se o funcionário da farmácia não sente prazer em orientar o seu paciente quando ele vai usar aquela medicação, se ele não é organizado pra se poder, é, calcular esse suprimento de material... se o técnico de enfermagem que vai acolher esse paciente que entra na unidade, se ele não faz aquilo com prazer, com carinho, com dedicação, até mesmo com amor, por aquilo que ele tá fazendo. Não adianta você ter um prédio lindo, maravilhoso, todo equipado, teu RH tem que tá muito bem treinado, e você só vai treinar eles se você escutar muito bem o que ele gosta de fazer, qual é o melhor perfil que ele, que desenvolveria a melhor aptidão que ele tem. Então, isso aí eu acho crucial. Que aí, o prédio tando caindo aos pedaços, faltando medicamento, o computador quebrado... você vai conseguir deslancar, né? O nosso país não tem tanta verba assim pra dar pro que a gente quer, mas se teu RH tiver bem entrosado e bem preparado, bem treinado, você consegue dar esse *feedback* pra população, porque pra eles, o que você consegue dar, é isso. O que eles mais querem é atenção, ouvidos e carinho. É o que mais a população quer. Às vezes, não tem um remédio, mas, se você escutou ele, se você explicou com atenção, você orientou, ele sai feliz. Mesmo sem o remédio (Sofia).

Segundo essa gerente, o fundamental para ter um bom desempenho gerencial, era conseguir adequar o perfil dos subordinados às atividades da unidade, oferecer uma boa capacitação e estimular o espírito de equipe. Com esses ingredientes, seria possível dar a resposta que considera essencial à população usuária: atenção e carinho. A infraestrutura, os medicamentos e exames seriam insumos complementares, insumos que o gerente procurará garantir através da sua rede de relacionamentos.

Os médicos gerentes precisaram, também, saber organizar a UBS e oferecer suporte e respaldo aos subordinados. Competências que lhes exigiram, além do seu conhecimento técnico da ESF, experiência prática e sensibilidade às necessidades dos seus subordinados:

Eu acho que, em partes, sim, eu acho que o trabalho é bom e... mais pelo retorno que os outros me dão. Como eu falei, até pouco tempo atrás, eu achava que era muito mais por eu ter uma equipe boa em mãos, do que pelo meu papel enquanto gerente. Porque assim, a parte burocrática, qualquer um treinado vai fazer, né?! Eu acho que assim... encaminhar relatório, não é dificuldade, a dificuldade é do tempo que isso te consome, mas não a dificuldade de pegar e imprimir um relatório, botar num envelope... e mandar pra frente, não é isso, né?! Mas essa questão de organizar o dia a dia da Unidade, de fazer esse processo... eu acho que isso, a nossa postura dentro da equipe, né?! O fato de te chamar: “Me ajuda com isso?” Eu vou lá e ajudo ou tento dar algum encaminhamento, tento resolver de alguma forma... (Marcelo).

Além das observações acima, um gerente aconselhou os gerentes novatos a monitorarem o clima da unidade, como se usassem um termômetro para avaliar seu desempenho gerencial. Como a maior parte da atenção dos gerentes é voltada para os funcionários da unidade, também de lá devem vir os sinais do seu êxito e da qualidade do seu desempenho:

Ah... eu acho que tem que procurar ter sempre autocrítica, tentar ouvir as conversas de bastidores também, porque é o termômetro se as coisas não tão funcionando tão bem. Porque nem sempre quando você tá lá você tem essa autocrítica que... Eu acho que tem que... sei lá, não querer resolver tudo de uma vez, querer cortar a cabeça de todo mundo e... No começo, até umas três foram, mas eram... foram importantes, tipo traficante de drogas e não sei o quê.

Ah... e assim, não se render também... saber qual o lado que você vai tá, pra que lado você vai tá trabalhando, assim. No caso da saúde... e eu tinha bem claro que era pra população, pros funcionários e deu. Entende? A partir do momento que não gostassem do meu trabalho, poderiam até, assim... E... treinar, talvez, assim, um treinamento teórico fosse interessante,... e coisa que eu não tive, tive só... sei lá... residência, curso de especialização,

mas muito pouco. E eu acho que é interessante, quem gosta,... acho que vai gostar, uma experiência interessante assim, pelo pouco período de tempo... pelo período de tempo. Mas, procurar saber ouvir, que é muito difícil saber ouvir e... dar liberdade pras pessoas também construírem é... eu acho que é legal. [...] Enfim, procurar não ficar pro resto da vida ali. E ter que, por exemplo, compatibilizar também com outras funções. Se você é médico, tem que atender ou, pelo menos, fazer pesquisa, ou, pelo menos... não ficar só na gestão, assim. [...] Porque, senão, a gente fica muito distante. [...] Os gestores, eles mudam muito, então, se você fica três, quatro anos, fora do teu convívio, pra você voltar depois, é muito difícil. E pode acontecer a qualquer momento, pelo menos na Secretaria de Saúde (Júnior).

Monitorar o clima e fazer autocrítica favoreceram a reflexão e o aprendizado gerencial. Esse gerente considerou importante, também, manter algum tipo de atividade além da gestão, como a clínica ou a pesquisa. A clínica, como forma de não perder o vínculo com a população, o conhecimento técnico e o olhar sobre o funcionamento do sistema de saúde. Essas atividades funcionariam como proteção, um ancoradouro seguro e conhecido, para quando o médico deixasse de ser gerente. Uma realidade rotineira dentro dos serviços públicos e já velha conhecida dos gerentes. Eles já sabiam das dificuldades de ser gerente e da realidade de voltar a ser contribuidor individual.

Uma realidade para a qual eles também procuravam se preparar. Nesse sentido, houve também a preocupação com os valores pessoais e os limites necessários às concessões que os gerentes são obrigados a fazer. Para gerenciarem, foi preciso fazer concessões, mas também foi preciso saber até onde seria possível ir, para não ultrapassarem determinados limites éticos nos relacionamentos, para se manterem sujeitos respeitáveis e reconhecidos. Havia limites a serem respeitados, para não perderem a liderança, o seu recurso mais crítico:

É, eu acho que isso é para pessoas que conseguem conciliar bem – tô falando dos bons, né! – tu ser bom politicamente também, né? Daí... ser bom politicamente seria fazer algumas concessões, talvez, que não sejam boas concessões pra tua saúde. Acho que esse tipo de concessão que tu

acaba fazendo, a atitude que tu acaba tomando... acho que é um preço meio grande pra pagar. Acho que não vai te trazer benefício nenhum assim [...].

Eu acho assim: pra mim, o que representa mais, o que mais importava era tu poder... era uma pergunta tipo: quando eu sair daqui, o que vai ser? Quando eu tirar essa capa de coordenador, o quê sobra, né? Então, melhor que sobre o que já existia. No mínimo, o Antônio que já existia. Eu acho que tem que fazer uma força muito grande pra não se esquecer das suas... dos seus, digamos, como é que eu vou dizer... dos seus valores - o que importa e o que não importa. Porque, às vezes, quando tu vê... é muito fácil de tu acabar desenvolvendo uma maneira de ser que é muito, que vai muito contra si próprio e que..., e isso não é muito bom, né? Acho que não faz muito bem. Não só pelo que as pessoas dizem “ah! quando tu deixar de ser gerente, daí o poder acaba”. Não é por isso, não é porque os outros vão ficar pensando se tu foi um bom ou mau gerente, mas no sentido de quanto tu teve que se violentar emocionalmente pra tu conseguir fazer algumas coisas.

Então, se tu se permite se violentar, acho que tu vira um estuprado da vida. Meio assim, meio... tu perde algumas coisas que são difíceis de recuperar. E acho que, se tu vai até um certo nível, se tu passa alguns limites que são difíceis de tu voltar, que precise fazer um movimento muito grande, muito forte, pra tu conseguir realmente voltar a ser o que era antes... não ta particionado, particionado não é bem o termo, mas pode ser... tu quebrar e conseguir se juntar de novo.

Não vendam a alma ao diabo! (Antônio).

Todos os gerentes fizeram concessões e negociaram, para implantar as suas agendas. Eles também se mostraram preocupados com o eventual retorno a contribuidores individuais. Eles precisaram estabelecer os limites da sua atuação. Para conhecê-los, aprenderam a olhar além dos seus atos, para conseguirem prever suas consequências, desejáveis e indesejáveis. E assim, tateando e refletindo sobre cada ação, os gerentes

foram definindo seus estilos, desenhando suas carreiras. Seus valores certamente mudaram, mas foi preciso saber trabalhar, para serem reconhecidos na carreira gerencial.

Além de todas essas habilidades e conhecimentos, alguns outros ainda foram considerados fundamentais, como saber o que significa a vigilância em saúde e estar habilitado tecnicamente para desempenhar as atividades administrativas, e até fazer boa interface com a informática:

Ser gerente de saúde de Unidade de Saúde, tem que ser humano, sensível, ouvinte. Tem que tá habilitado tecnicamente, na parte administrativa, na parte de relacionamento humano; tem que tá habilitado na parte de epidemiologia, de vigilância em saúde. Tem que tá habilitado na parte de informática; tem que tá habilitado na parte de, até, olha, até conhecimento de engenharia eu já tô aprendendo (Sofia).

As atividades diárias dos gerentes fizeram com que desenvolvessem um grande conjunto de conhecimentos complementares. Eles precisaram acionar uma série de contatos e supervisionar serviços de manutenção na estrutura física, hidráulica, elétrica, entre outros. Fizeram interface com engenheiros, advogados, políticos e outros mais. Interagindo com diferentes atores o tempo todo, eles foram desenvolvendo um *mix* de conhecimentos tácitos e experimentais que dificilmente seriam desenvolvidos em cursos e treinamentos. Somente no dia a dia como gerentes e responsáveis pela UBS seria possível acumular tanto conhecimento.

Em sua pesquisa com os novos gerentes, Hill (1993) identificou algumas características semelhantes, que definiu como características gerenciais: saber ouvir, ter empatia, capacidade de conviver com soluções imperfeitas, boa vontade para aceitar responsabilidades e autoconfiança.

4.3.6 Olhando para trás e avaliando as suas experiências

Ao final das entrevistas, indagados sobre o que pensam sobre suas experiências como gerentes, todos afirmaram que tiveram um aprendizado e que contribuíram para a equipe e para a unidade de saúde. Como permaneceram pelo menos um ano no cargo, tiveram a oportunidade de lidar com inúmeras situações em relação à organização,

aos funcionários e, principalmente, em relação a si mesmos. Já tinham aprendido o que significava ser gerente (HILL, 1993).

4.3.6.1 O desempenho gerencial

Os gerentes, em geral, gostaram das experiências feitas, com as peculiaridades de cada uma delas. Os mais motivados assinalaram a intenção de permanecer na gerência ou de voltar a serem gerentes, desde que em circunstâncias nas quais identifiquem uma oportunidade de realização. Antes, não sabiam o que significava ser um gerente de UBS; agora, já sabem dimensionar os riscos e as oportunidades de realização, em caso de convite para ocupar um novo cargo gerencial.

Dos entrevistados, três gerentes já haviam deixado a função, confirmando a alta rotatividade do cargo. Nele, os desafios são enormes, devido à intangibilidade dos processos de trabalho e à baixa autonomia gerencial. Mais do que aqueles que permaneceram, os que desistiram refletiram fortemente sobre o seu desempenho, sobre a experiência vivida e sobre si mesmos.

Um gerente, refletindo sobre o seu desempenho, percebeu que realizou sua maior prioridade, que era a inclusão dos funcionários nos processos gerenciais, assim como identificou o ônus pago por não ter circulado junto aos demais setores da Secretaria. Refletindo sobre a função gerencial, sentiu-a como um papel que representou e que agora já não representa mais. Seus desafios pessoais foram cumpridos:

Então assim: no geral, eu acho, sinceramente, eu acho que eu tive uma boa resposta em relação aos funcionários, tinha uma boa resposta em relação ao público. Acho que os usuários não acharam que foi uma... pelo menos é o que eu acho, os que conversavam comigo, coisa parecida, acho que eu briguei menos do que consegui sanar algumas coisas, né? Até por ta bastante presente. O desastre foi em relação à Secretaria. E... até pela minha ausência lá (Antônio).

Olha, o que eu mais gostei é de poder mostrar pros outros que a gente pode ser gerente sem ser rude, em primeiro lugar. No sentido de que a gente não precisa ser grosseiro, não precisa ser ditatorial, pras coisas funcionarem. E que as pessoas, no geral, são bem intencionadas e trabalham mesmo

sem ter uma chibata, um chicote perto. Eu acho que tem uns que não: não sei se por vício, acabam ficando meio dependentes de uma coisa mais rígida. No geral, acho que, oitenta por cento a noventa por cento das pessoas, elas são bem intencionadas e têm vontade de trabalhar. Vão lá, são pagas e fazem seu serviço. Ah... e que elas ficam mais tranquilas de ninguém tá mandando dizer pra elas o que elas têm que fazer, daquela forma, ou conforme a pessoa acha que tem que ser o certo. Então, então é possível. Até provou pra mim mesmo que isso é possível. Eu achei, que talvez, em algum momento eu fosse meio começar a xilicar e... xingar o povo, mas não aconteceu. Mesmo na época de *stress*, fiquei mais mal humorado, mostrava menos os dentes, eu acho que sim, mas não de ser grosseiro. Acho que isso é uma outra coisa. Então, eu acho que é possível. Por isso que cada vez eu me indigno mais quando vejo os outros sendo assim, porque eu acho que isso não se justifica (Antônio).

Pra mim representou... a possibilidade de... de desenvolver esse tipo de atividade. Mas ao mesmo tempo, a... a possibilidade de renúncia dessas atividades, sem me sentir pobre (Antônio).

Outro gerente, tendo organizado uma grande rede de relacionamentos, conseguiu implantar toda a sua agenda. Organizou a comunidade, conseguiu dar funcionalidade interna à unidade e transformou-a em uma referência da ESF. Mas percebeu seu desgaste com os funcionários, devido ao excesso de proteção e, com os superiores, devido à sua luta incessante pelos insumos necessários. Em outra oportunidade como gerente, certamente tomará iniciativas para evitar o desgaste:

Marcante, assim, negativamente, foi o embate, mesmo, com a Secretaria [...] que não precisava nada disso, assim... que eu acho que a gente devia ter... No final das contas, o objetivo era comum, só a forma, assim, de lidar não foi, não foi das melhores. Eu acho que isso é que me marcou mais (Júnior).

A outra ex-gerente, passado o estresse que motivou sua saída, adotou um novo posicionamento como técnica. Ela sabe que ainda tem liderança na unidade e, percebendo as fragilidades da nova gerente, tornou-se sua colaboradora:

Por isso que eu acho que eu ajudo a coordenadora, assim, eu sou uma consultora, né? Eu acho que a gente sente a falta... a gente sente falta, assim, de tá... tanto é que eu me “intero” de tudo que tá acontecendo, ainda não perdi essa... (Análise).

Todos os ex-gerentes demonstraram vontade de continuar a estudar, de ampliar seus conhecimentos. Alguns, em saúde pública, outros, pensando em navegar por outras águas, fora da área da saúde e até do país. São pessoas mobilizadas pela busca do conhecimento e realização. Talvez aceitem fazer outra experiência como gerentes, porém, somente em outra conjuntura.

Os gerentes que permaneceram na função sentiram-se progressivamente à vontade nela e já se identificam com a atividade gerencial. As demandas imprevistas, emanadas dos superiores, já são facilmente absorvidas por eles, como parte da realidade do trabalho gerencial. Nas suas agendas já constam as prioridades da organização, as da Secretaria de Saúde e as suas, que foram, porém, redimensionadas. Fazendo uma avaliação, eles percebem que o esforço valeu à pena. Eles conseguiram mudar uma realidade:

Vê que era uma unidade, que quando eu comecei na prefeitura, as pessoas tinham receio de trabalhar, e hoje... as pessoas, muitas vezes: “ó! vai lá que tu vai gostar!” [...] “Olha! vai lá, que lá tu vai curtir trabalhar... com a saúde da família...” Recentemente, tem essa médica que tá vindo trabalhar conosco,...]. Então, ela tá bem empolgada de vim trabalhar aqui. Então, essa propaganda que hoje se faz da nossa unidade... eu vejo que as pessoas vêm pra ali, pessoas que vêm ali, às vezes, trabalhar com certo receio, né? Essa visão que a comunidade tem, lá fora, e acabam, depois, nos dando um retorno: “Bah! tô adorando trabalhar aqui!” E... o pessoal efetivo que tem entrado. Acho que isso talvez foi uma coisa marcante, no sentido de que, essas coisas de ter um retorno da equipe, de que... o meu papel,

enquanto coordenador, é importante pra equipe, de ser valorizado pela equipe, fazendo esse papel. Eu acho que dá força pra gente continuar a fazer isso que a gente faz, né? (Marcelo).

Eu gosto [de desafios e complexidades]. Eu gosto de gerência. E é uma coisa que eu lutava, eu relutava, assim, bravamente. Mas eu gosto (Manoela).

Refletindo sobre sua atuação, eles se aperfeiçoaram e melhoraram seu desempenho como gerentes. Mais maduros, já pensam em novos desafios e novos voos como gerentes:

Mas, enfim, a decisão é conforme o momento que eu tiver vivenciando, também. É,... já passou várias vezes pela cabeça, a Secretaria. Não tenho muita perspectiva de ser secretário em cidade grande, não. Gostaria de vivenciar essa experiência (Marcelo).

Quanto profissional, eu queria trabalhar numa unidade de saúde que eu pudesse gerenciar com tudo na mão, assim, que eu pudesse realmente executar a função de gerente. Eu preciso disso, o RH me manda isso, que eu vou te dar uma resposta técnica cem por cento. Isso eu me sinto travada, eu quero, eu queria poder gerenciar alguma coisa que eu tivesse na mão com a capacidade de resolutividade. Aí eu, aí, com certeza, eu ia deslanchar muito mais (Sofia).

A dificuldade de realizar o planejamento local foi a grande decepção dos gerentes. Todos tiveram muita dificuldade de realizar essa pauta da agenda. Como técnicos, consideravam que o planejamento deveria ser a primeira prioridade, pois percebiam que o trabalho na UBS não era planejado. Como gerentes, esse foi o ponto mais crítico das suas agendas e fonte de grande insatisfação. Consumidos pelas demandas intermináveis, os que conseguiram planejar alguma coisa, fizeram-no através da delegação ou trabalhando fora do horário, mas sempre de forma parcial e insatisfatória. Mas o planejamento continua na pauta de quem permanece como gerente:

Que eu não consegui fazer... mas que eu gosto mais... coisa de planejar. E foi uma coisa que a gente não... que eu não conseguia fazer. Foi o desafio que me fez pegar a... a gerência, né?! A coordenação, de planejar as ações da unidade em cima dos números que a gente tem, e isso eu não consegui fazer... (Análise).

É... na verdade, fazendo um retrospecto, assim, o que faltou mesmo é questão de planejar, de planejamento, assim, pro futuro, pro... até mesmo de tecnologia, que é uma coisa que eu deveria tá fazendo e... é uma realidade hoje (Júnior).

Apesar de que eu ainda considero como um dos grandes desafios, enquanto gerente de Unidade Básica, por todas essas demandas que me passam, e que eu acho que isso é fundamental pra uma equipe, é trabalhar o planejamento local. Claro que, talvez seja uma coisa minha, porque planejamento você tem... vertentes diferentes de planejamento: existe o planejar o dia a dia, conforme as demandas que vão surgindo no dia a dia [...], ou tem aquele planejar prévio, né?! (Marcelo).

Planejamento local, eu não consegui ainda. Tenho uma vontade muito grande... (Sofia).

4.3.6.2 As vantagens e as desvantagens de ser um gerente médico

Os médicos gerentes que participaram desta pesquisa viveram grandes conflitos ao tentarem compatibilizar a agenda de médico com a de gerente. Não o conseguiram. De acordo com as circunstâncias, alguns foram liberados da agenda médica, dedicaram-se exclusivamente à gerência e permaneceram nos cargos. Outros, como não conseguiram essa exclusividade, não conseguiram realizar satisfatoriamente seu trabalho e desistiram de ser gerente.

Indagados sobre a existência de algum tipo de diferencial no fato de um médico ser gerente de UBS, as respostas foram variadas, mas convergiram em relação a alguns pontos: o médico tem mais capacidade de resolubilidade dos problemas, maior capacidade de suporte técnico e mais respeitabilidade social:

Eu acho que... tem os dois lados: eu acho que médico, de certa forma, ele tem uma facilidade de relacionamento com as outras pessoas porque é... tem essa questão de... de respeito, se bem que diminuiu bastante, mas enfim, de respeito, hierarquia e valorização do médico. Então, o médico é respeitado principalmente pela população. A população sentia mais, pelo fator do médico ta coordenando o posto de saúde (Júnior).

Acho que facilita nos aspectos de resolver o problema da maioria das pessoas. No sentido de tu poder responder, tipo, as pessoas vão lá reclamar de tal médico, que não fez tal coisa e tu poder dizer porquê que ele não fez tal coisa, e que isso é uma conduta médica. [...] Dá um... isso é uma coisa... eu acho que facilita... acho que o nível de discussão que tu tem, às vezes, sobre as coisas, é um pouco melhor, as pessoas meio que respeitam um pouquinho mais a tua opinião, né? E, de repente, tu pode dar a tua opinião como médico que trabalha e como coordenador (Antônio).

Mas, se a capacidade de resolubilidade e a valorização social podem ajudar, na gerência, também sobrecarregam o trabalho e dificultam a interface com os outros profissionais médicos. Eles tentam, mas é muito difícil separar o médico do gerente:

Ah... acho que o que prejudica é que, às vezes, tu tem que tentar separar o que é a coordenação do que é atendimento, né. Porque, às vezes, tu sabe que é mais fácil tu pegar e puxar um negócio, carimbar e mandar, como médico, resolver, né? Mas, às vezes, tu tem que perder meia hora pra explicar que tem que ser outro médico que tem que fazer, ou que tem que fazer tal e tal coisa, né? E que as pessoas, às vezes, ficam achando porque é que tu simplesmente não puxa e carimba. Então, às vezes, isso é uma coisa meio ruim. Então tem que separar o que é que é: “não, agora eu sou coordenador; agora eu sou médico, ah, agora eu vou...” né? Eu tenho que tomar tal atitude por causa disso, disso, daquilo. Acho que isso é... cansa. Então tem que cuidar. Acho que é um bocado e

tu tem que... acaba e pega puxando mesmo, resolvendo, porque cansa, debatendo tudo isso, né. Cansa. (Antônio).

Ainda assim, quando conseguiram se organizar internamente, perceberam que a identidade de médico junto à comunidade permanece sendo maior do que a de gerente, dificultando o seu trabalho gerencial, pois o médico é sempre demandado. Uma vez médico, sempre médico:

Mais atrapalha do que facilita, eu acho! Querendo ou não, embora sempre foi uma coisa que a gente vem discutindo, né? Muitas vezes, o processo do trabalho acaba no médico, entendeu? Porque depende de um carimbo do médico, depende de um... né? Há uma cultura da comunidade, da população ainda, né? da visão do médico. E a gente, por mais... que se tente quebrar essa lógica, não é fácil fazer isso no dia a dia. Então, o fato de eu tá ali, às vezes, vem uma técnica: “Olha! eu tô com uma coisa no curativo, que não tem como dar uma olhadinha?”, “qual receita?”, “tu não tem como fazer”, eu lá... né. Então, acaba que... Acho que se... tenho uma outra função, ou se eu hoje saísse dali pra uma outra função, uma outra unidade, que eu não fosse muito conhecido enquanto ser médico da unidade, talvez me facilitasse o trabalho, porque talvez essa demanda não surgisse tanto, né? (Marcelo).

Os gerentes avaliaram, também, que a falta de formação administrativa dos médicos na faculdade dificultava o seu desempenho na gerência. Porém, um gerente pondera que essa falta é relativa, pois eles não executam algumas funções como compras, orçamento e outras, o que torna o gerenciamento local relativamente fácil, contando, ainda, com a possibilidade de delegar tarefas. Os recursos mais centrais seriam a capacidade de o gerente manter relações interpessoais, de saber fazer um diagnóstico de saúde e organizar a comunidade:

Eu acho que, na medicina, assim, a gente não tem uma visão administrativa, visão técnica muito boa, porém, a questão do planejamento em saúde, mesmo, eu acho que dá pra desenvolver muito bem [...] Porque... na verdade, da forma como é

posta hoje, assim, você não precisa ser um administrador. Você não trabalha com a questão financeira diretamente, você... pode delegar. Assim, tinha uma funcionária que adorava preencher papel, fazer relatório e... cuidar. Então, delegar setores assim, você é responsável por cuidar do... dos materiais, farmácia. [...] Não... acho que não tenho grandes dificuldades administrativas, assim, eu acho, pelo menos (Júnior).

Os médicos gerentes se ressentiram da falta de compreensão, por parte dos colegas médicos, em relação às dificuldades de garantir os insumos da unidade, e houve quem se ressentisse também pela falta de valorização dos gerentes médicos:

Os médicos odeiam, né... às vezes eles olham pra mim e falam assim: “mas você fica aí com esse monte de papel...” É até pejorativo, mesmo... pejorativo... Você podia tá lá passando... sei lá, frio e você tá aqui?! Mas não sei, eu fiz um laço... (Manoela).

[...] toda essa vivência e eu acho que as pessoas precisam ter isso, que muito do que os meus colegas criticam é por não ter essa visão do outro lado da gestão. Eu acho que, claro, que é impossível isso, mas se todos pudessem, em algum momento... ter essa vivência de passar por esse... por essas diferentes realidades de ser... [...] Eu acho que poder vivenciar isso, e poder compreender melhor como é que as coisas funcionam, aceitar algumas dificuldades do dia a dia, melhor, né?

Eu acho que sim, a gente lida melhor com as dificuldades do dia a dia por saber como as coisas funcionam. Quem tá lá na ponta se frustra com algumas dificuldades, se frustra mais do que a gente, porque não sabe das reais dificuldades que tão por trás daquilo. Que às vezes não é uma má vontade de quem tá num cargo acima, ali, em termos de nível de gestão, às vezes a pessoa tá... tá com a melhor das intenções, mas tem outras barreiras a serem vencidas, que o pessoal tem dificuldade de ver isso (Marcelo).

Ressentidos, eles desejam que todos os profissionais tenham, em algum momento, uma experiência gerencial. Acreditam que, assim, estes compreenderiam o que aqueles já sabem: que os processos gerenciais mais amplos são muito lentos e que os gerentes têm um certo nível de dependência de outros setores, situados fora das UBSs. Como poucos conhecem essa realidade, os que a conhecem sentem-se isolados e incompreendidos nos seus argumentos. Pensam que, se todos soubessem dessas dificuldades, haveria menos entraves nos relacionamentos com os funcionários, e seria mais fácil gerenciar. Além disso, os gerentes seriam, certamente, mais valorizados, pois seus colegas saberiam que a gerência é mais um espaço de realização pessoal e profissional, em função das oportunidades de implantar a ESF. “Por isso que eu nunca quis sair da coordenação local, eu acho que é um campo riquíssimo de... de mudança e tudo o mais. Ali que as coisas acontecem, realmente (Júnior).”

O médico gerente percebia as oportunidades de realização e de mudanças, no trabalho das UBSs. Mudanças que precisam ser consolidadas, para não correrem o risco de se perderem no encerramento de cada ciclo gerencial, e quando se iniciarem novos processos, no próximo ciclo.

4.3.6.3 O que significa ser gerente

Ao final das entrevistas, ao serem provocados para definirem o que significa ser um gerente de UBS, os médicos fizeram várias tentativas, mas não foi fácil, para eles, encontrar uma definição: “É muito amplo. Coisa de gigante” (Sofia). Em várias definições, e de várias maneiras, o gerente apareceu como um coordenador, um organizador, um articulador, um mediador, um catalisador, um líder, um negociador, o responsável pela equipe, um servidor-mor.

Algumas tentativas de conceituar o que é um gerente de UBS perpassavam pela necessidade que ele tem de resistir à pressão: “É... a pressão é muito grande. Tanto que é difícil alguém que dure mais que dois anos ali. [Pressão] da comunidade, Secretaria da Saúde [...]. Ah... acho que tem que ter dedicação” (Júnior).

Algumas respostas traduziam a intensa rotina dos gerentes de UBS, que atuam como respondentes em tempo real, resolvendo problemas em todos os âmbitos: “Na verdade foi, na verdade, gerência, pra mim, talvez, signifique isso: resolução de problemas” (Manoela). Nesse sentido, o gerente apareceu como um super-herói: “É um super-herói, é um polvo cheio de tentáculos. Tem que abraçar tudo. É um polvo cheio de tentáculos, que tem que abraçar tudo e, ao mesmo tempo, trabalhar

dentro de si e lançar seus tentáculos” (Sofia). Um super-herói, que precisa trabalhar dentro de si, refletir e depois ir à ação. É a reflexão para a ação, proposta por Mezirow (2003).

Em outras definições, o gerente aparece como um estrategista, um organizador, um mediador de conflitos, um negociador. O médico gerente tem noção do seu papel de agente de mudanças, e de que seu trabalho na UBS ganha sentido quando é articulado com a atuação na comunidade. Ele recebe as demandas internas, analisa-as em função da realidade da população onde atua, para então organizar a unidade:

Meu problema, na unidade, sempre foi trabalhar, em primeiro lugar, a minha equipe, e o trabalho da unidade, pensando na comunidade. Também eu tenho que respeitar o limite da equipe, até que ela não esteja prejudicando a comunidade. Nosso principal papel tá ali: é trabalhar em prol da comunidade. Então, ela vem em primeiro lugar. Em segundo lugar, a equipe. Então, eu acho assim, é... nunca chegou coisa, assim, de alguém agredir a equipe. Mas a gente sempre tenta [se] adequar àquilo que vem da nossa realidade local (Marcelo).

[...] isso é um pouco ser gerente, que é o ter esse olhar do que é a comunidade como um todo e poder planejar o que vai se fazer, né?! Desde a organização interna, do fluxo de uma unidade, como é que vai se dar o atendimento, que proposta de trabalho a gente tem. [...] E... mas tá fazendo esse papel, de um olhar mais geral sobre o que tá acontecendo, num sentido de organizar o dia a dia da unidade, aqui fora mesmo né?! (Marcelo).

O gerente se vê como um líder grupal, um catalisador de processos, um porta-voz de sentimentos e vontades coletivas e que sabe se posicionar como responsável pela equipe:

Sabe, assim, eu... pra mim, ser gerente é você corresponsabilizar pessoas [...] Pra mim, gerenciar e corresponsabilizar é tentar botar a unidade toda falando a mesma língua, a unidade toda, am... tendo as mesmas atitudes nas coisas, assim, sabe?! [...] Permitir que as pessoas tenham tanta voz quanto eu,... sou a porta-voz delas, né?! [...] Pra

mim, ser gerente é isso, assim, é poder unir tudo, todo mundo e ser uma porta-voz. Eu me considerava mais um... um... uma figura de referência, assim, mas nada que... que não fosse ser só eu (Analise).

[...] Então, é uma coisa meio... na verdade, eu acho que foi um período... é, acho que foi mais catalisador, mesmo. Acho que a única coisa é isso, assim... fazer com que... o gerente grupal realmente me ouvisse, né? Que as pessoas já estavam de saco cheio das coisas do jeito que tão, tavam de saco cheio da cobrança, meio que as coisas chegaram no ponto em que elas precisavam acontecer, né? (Antônio).

Um gerente é alguém que assume suas responsabilidades, que negocia demandas, que se posiciona, que assume riscos. É um ator vulnerável, que tenta o tempo todo e com pouca autonomia, agradar a todos e implantar a sua agenda:

Pra mim é ser o servidor-mor. É ser o servidor do servidor. Pra mim, ser gerente, a percepção é isso assim. É de tu realmente tá numa situação de serviço, assim. Tu... receber ordens, sentir uma sensação de tá exposto, fora da carapaça. Assim, sabe? Tu tá sensível, então, até pelas responsabilidades que tu acaba arcando, às vezes sem o... necessário poder de barganha que tu precisaria ter pra ser coordenador, que não seja numa forma rude, né? Que não seja de uma forma ditatorial. Se tu realmente vai barganhar no sentido de... de tomar decisões que te competem e que normalmente elas não existem, né? Mas, ao mesmo tempo que te dão a responsabilidade pra tu gerenciar aquilo, mas sem tu realmente ter poder pra decidir sobre as coisas que tu tem que gerenciar, né? Então, e isso... te deixa numa situação de... de... de... muita exposição.

Então assim, ser gerente, pra mim, é isso assim. É tu ser peão, peão mesmo, peão do funcionário, peão do paciente, peão da secretaria. Porque tu tá numa situação realmente de exposição, entendeu? (Antônio).

Ser um médico gerente de UBS significou, na experiência dos médicos que participaram desta pesquisa, ser um agente de mudanças, que atua em Unidades Básicas de Saúde, num ambiente de alta pressão e de pouca autonomia, e que lidera processos de transformações na sua unidade em função da comunidade onde ela se insere. Para isso, ele atua como responsável pela equipe, negociando demandas, motivando e dando suporte à equipe, articulando contatos e assumindo riscos.

4.3.6.4 Os impactos em suas vidas

Os gerentes não só experimentaram, mas também observaram as mudanças no seu comportamento. Eles se tornaram mais ágeis, mais ativos, mais ansiosos, mais comunicativos. Cada um ao seu modo, eles foram mudando na medida em que respondiam aos estímulos do ambiente.

Dependentes do trabalho da equipe para o seu desempenho, eles precisaram interagir intensamente com os funcionários, e aprenderam a ser mais compreensivos e tolerantes em relação às pessoas e ao próprio serviço:

Eu mudei. Com as pessoas... com as pessoas, eu mudei 150%. Porque eu comecei a... precisava ter contato com elas. Antes era... não sei. Antes, você chega ali... cumpre o teu papel e... e... vai embora. Como você é coordenador, o teu papel... não sei, ele amplifica muito. E aí eu mudei. Nossa! Eu mudei muito. Muito, muito, muito, muito. Eu precisei conhecer as pessoas e aí... isso... foi por uma necessidade administrativa. Nossa! Eu adorei!

Em tudo, em entender as pessoas: você passa a ser um mediador, você passa a ter que ouvir, que é uma coisa... Como médico, você ouve, mas é diferente de ouvir um funcionário, tá entendendo? Você tem que ser mais tolerante [...]. Ou então, se alguém faz alguma coisa, você fica chateado, você fica com raiva, você tem que contar até dez e... sabe? [...] Você tem que exercitar mais a paciência e a compreensão. Você tem que ir mais devagar. Cê não pode ter uma atitude tão rápida e tão cruel com as coisas assim, [...] Você tem que guardar, interpretar, ver... [...]

De uma forma geral? Não! Continuo a mesma coisa! Ah... melhor, mais adocicada! Eu era mais pimenta (Manoela).

Como... como profissional assim, eu acho que a gente aprende a... porque antes, quando a gente... porque quando a gente, a gente quer, quer, quer! Entendeu? A gente... a gente pede, a gente quer, né? Então... Eu quero um exame que é pra ontem, assim, sabe? [...] Agora, eu acho assim, eu tenho um pouco mais de paciência... um pouco mais compreensiva. [...] Eu acho que eu tô conseguindo, pedindo (exames) com mais necessidade mesmo, sabe? Eu acho... (Analise).

Eles mudaram de comportamento e essa mudança pode ser sentida em suas vidas, tanto no trabalho como na vida pessoal.

- O médico tímido, ficou mais extrovertido e já fala em público com facilidade:

De mudar em relação a relacionamento com as pessoas, eu acho que assim. Hoje é questão minha, de postura, isso me fez se... isso... Claro que é uma construção que vem, é... acho que a gerência talvez ajude mais, mas é uma coisa que, né?! a gente mudando isso desde a época da universidade. Assim, eu sempre fui uma pessoa muito introvertida, muito mesmo, na época do... eu cheguei na 7ª série a ter o apelido de “Silêncio” [...]

Mas eu acho que essa questão de... de ficar mais extrovertido... esse relacionamento com as pessoas, acho que facilitou, a postura em público, né?! Apesar de que isso já... até pelo meu histórico de já ter dado aula, e tudo... uma barreira que eu já tinha rompido antes, até mesmo, de assumir como gestor. Hoje eu tenho uma certa tranquilidade de chegar e dar uma capacitação pra um grupo de pessoas. Claro que frio na barriga todo mundo tem, né?! Mas é uma coisa muito mais fácil, claro que, desde que seja um tema que você tem conhecimento, [...] (Marcelo).

- O técnico e especialista, descobriu-se um grande articulador dos funcionários e da comunidade:

Havia momentos bons, eu acho que a comunidade, a valorização da comunidade... isso foi... do Conselho Local de Saúde... Muitos usuários ali apoiaram, isso foi... acho que, muito marcante, eu nunca imaginei..., não era meu perfil,... Na faculdade, não tive contato com isso, na residência, era distante a questão de Controle Social, e ali, foi uma realidade que foi marcante, assim, pra mim (Júnior).

- O médico compreendeu a diferença entre chefiar e ser chefiado:

Sei lá, eu acho que me deu um pouquinho mais de experiência, a experiência de chefiar outras pessoas, também. Que isso é interessante, acho que é importante, assim.

Porque, sei lá. Eu acho que muitas vezes se vai ter outros funcionários... Por exemplo: se for pra um consultório particular, tem os funcionários também. Tu tem que saber lidar com ele. Funcionário em casa, assim, que trabalha... diaristas, enfim... não é fácil, não é nem um pouco fácil. Então, eu acho que esse tipo de relacionamento é importante também. Faz parte do relacionamento interpessoal e... de ser mandado, de saber ser mandado e de saber... mandar também... é difícil, né? O equilíbrio é difícil. Não abusar do teu poder e também não se subjugar, é difícil. Então, o equilíbrio que tu vai... Eu acho que aprendi (Júnior).

- A médica melhorou o gerenciamento doméstico:

Eu aprendi muita coisa, na função de gerente. A minha casa tá muito melhor administrada. Eu consigo fazer trinta coisas ao mesmo tempo, dentro da minha casa. Meu marido tá amando! [risos] porque eu administro a casa como eu administro a unidade de saúde. Então, também me ajudou até na administração das minhas funcionárias dentro de casa, da minha babá, da minha empregada. Eu levei um pouco isso pra dentro de casa, isso pra mim foi muito bom, foi muito produtivo, foi o lado positivo e tudo parte de aprendizado. Porque

eu aprendi muito aqui, também na... né! No dia a dia, eu fui aprendendo muito. O fato de precisar aprender, eu fui atrás de informações, então isso foi muito saudável (Sofia).

Uma coisa que eu não acho saudável é que, pelas dificuldades de gerenciamento, eu me tornei uma pessoa mais estressada, eu tô mais estressada, eu tô mais ansiosa. Eu sempre fui muito calma, muito tranquila, eu entendia as dificuldades como... como coisas pra eu evoluir, pra eu ir atrás, eu sempre via assim, pelo lado bom, e agora não. Agora eu tô mais sensível, assim, eu tô mais... é... porque agora, nesse momento político que a gente tá passando aqui, que é um momento de muita pressão, que significa muita cobrança, então, afetivamente eu tô mais debilitada, assim (Sofia).

- A técnica se descobriu persuadindo e influenciando as pessoas: “Gosto. Muito [risos]... descobri... descobri um diabo em mim [risos]...” (Manoela).

- O médico calmo percebeu-se mais ativo:

Olha, profissional, tipo... profissional, acho que mudou pouco, né? Não sei o que... não sei. Talvez... talvez conhecer uma pessoa ou outra... De comportamento, fiquei um pouco mais ativo, mais agilizado. Pessoalmente, eu acho que prejudicou muito, né? [...]

Olha,... mudou... como é que mudou? Eu acho que eu sou... eu tô há dois meses quase atendendo. Eu acho que ainda tenho brigado pouco com os pacientes. Eu acho que eu briguei só esse final de semana, essa semana, com uma paciente, mas assim tenho brigado pouco... Tenho ficado um pouco mais bem humorado nas consultas. Tenho atendido a eles um pouco mais... melhor, eu acho. Porque eu vi que a vida é boa como médico – só atendendo [risos]. Então assim, não tem muito o que reclamar (Antônio).

Esse gerente, tendo voltado às atividades técnicas de contribuidor individual, pôde observar também o quanto a vida de médico, antes con-

siderada agitada, era, na verdade, muito tranquila. Nada que se comparasse ao estresse e correria da vida de gerente.

Ao se tonarem gerentes, os médicos precisaram dar conta de uma rotina de trabalho intensa: fazer contatos, estimular funcionários, mediar problemas, avaliar conjunturas, correr riscos, entre inúmeros posicionamentos que a gerência lhes exigiu. A cada situação difícil, eles mergulhavam em questionamentos dos quais emergiam com novas atitudes, novas interpretações, novas conexões conceituais, uma nova forma de ver o mundo, de ver a vida. Como as mudanças foram profundas, os impactos foram sentidos em todos os setores da sua vida, do profissional ao pessoal, com uma nova forma de agir e de pensar (HILL, 1993).

5 REFLEXÕES E SUGESTÕES FINAIS

a) A pesquisa

Esta pesquisa foi motivada pelas minhas inquietações profissionais pois, no convívio com gerentes da área da saúde, percebia a existência de conflitos técnicos e pessoais, com alto nível de abandono da função, principalmente por parte dos médicos. O direcionamento da pesquisa para a atenção primária ocorreu em razão de minhas últimas experiências e da sua importância para a organização do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Com esta pesquisa, fui ao encontro dos gerentes, na expectativa de encontrar as repostas às minhas inquietações. Procurei, através de um estudo fenomenológico e hermenêutico (VAN MANEN, 1990), compreender a experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao se tornarem gerentes. Para isso, obtive relatos das histórias de seis médicos, através da técnica da entrevista em profundidade (SEIDMANN, 1998).

Compreendendo a experiência vivida como a experimentação intencional ainda pré-reflexiva de alguma coisa ou fenômeno, a metodologia utilizada permitiu elucidar os temas envolvidos na experiência de ser médico e gerente de UBS. À medida que os médicos relatavam suas histórias, foram conduzidos a um processo reflexivo, fazendo com que os significados dessas experiências vividas fossem elucidados. A análise textual posterior dessas narrativas permitiu-me o estudo interpretativo das expressões e a aproximação progressiva aos núcleos mais centrais dessas experiências.

Dessa forma, a metodologia foi eficaz para elucidar os principais temas relacionados à experiência vivida pelos médicos ao se tornarem gerentes, tendo permitido responder à questão norteadora desta pesquisa e conseguindo atingir o seu objetivo geral. Da mesma forma, permitiu a consecução de todos os objetivos específicos: identificar os principais temas envolvidos no processo de transformação de contribuidor individual a gerente de Unidade Básica de Saúde; identificar as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas por esses profissionais para se tornarem gerentes; compreender o que significa ser gerente de Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva dos médicos.

Após a leitura e releitura forte e direcionada das suas narrativas, em busca dos temas mais centrais, percebi que as suas histórias como gerentes estavam intimamente relacionadas às experiências de ser

médico da família e da comunidade. O médico e o gerente eram uma só pessoa, um só ser, imbuídos do conjunto das significações das suas experiências em toda a sua existência. Para compreender o gerente, era, também, preciso identificar o significado de ser médico.

Os principais temas relacionados à experiência de ser médico da família e da comunidade, elucidados a partir das histórias dos sujeitos que participaram desta pesquisa, foram: ter capacidade de atuar sobre os problemas de saúde individual e coletiva; ser um agente promotor de mudanças tanto do perfil epidemiológico de uma dada população, como do modelo de atenção à saúde; desenvolver atividades prioritariamente em comunidades carentes; conviver com a interferência política em seu trabalho técnico; e conviver com a difícil realização profissional. Na aproximação progressiva à essência das suas experiências foi possível identificar o seu significado. Ser médico da família e da comunidade significou, na perspectiva desses médicos, ser um agente de mudança, atuando na saúde individual e coletiva e no modelo de atenção à saúde. Um agente transformador.

Esses médicos, agentes de mudanças, aceitaram o convite para serem gerentes porque identificaram, no exercício da gerência, uma oportunidade de realização profissional. Eles queriam promover mudanças nas relações interpessoais, no estilo gerencial, na UBS e na comunidade.

As experiências vividas pelos médicos como gerentes foram marcadas por descobertas em relação a um trabalho para o qual não estavam preparados. Os temas que caracterizam essas vivências relacionam-se a um processo de aprendizado contínuo em relação à realidade do trabalho gerencial, à capacidade de manter relacionamentos interpessoais e de autoconhecimento e à superação de dificuldades pessoais, que os levariam a assumir uma nova identidade, a de gerentes.

Suas agendas iniciais eram impregnadas da experiência como contribuidor individual, direcionadas para os processos produtivos da unidade e a participação dos técnicos na gerência. Ao iniciarem suas atividades como gerentes, os médicos se depararam com uma realidade bem diferente daquela que eles imaginavam. A rotina de trabalho na gerência era intensa e variada, marcada pela resolução contínua de pequenos problemas, não sobrando tempo para as suas prioridades. Além disso, tinham baixa autonomia, dependiam de outros setores para conseguir manter a unidade funcionando e tinham que se comprometer com as prioridades institucionais, em detrimento de suas próprias agendas.

Para implantarem as suas agendas, utilizaram-se fortemente da rede de relacionamentos, principalmente com os subordinados, com os

superiores das áreas técnicas da saúde e com a comunidade. Quanto maior a rede de contatos organizada pelos gerentes, melhor foi o seu desempenho e mais tempo eles permaneceram nos cargos.

Como tinham pouca autonomia, os médicos gerentes dependeram principalmente dos seus subordinados para implantar as suas prioridades. Para resolver os problemas, precisaram fazer muitas concessões, algumas das quais sem o respaldo das normas institucionais. Para se sentirem seguros, procuraram se aproximar dos funcionários e estabelecer pactos de lealdade. O recurso mais utilizado nas negociações com os funcionários foi a carga horária, como alternativa para cobrir faltas de funcionários e implantar ações emergenciais demandadas pelos superiores.

Os gerentes aprenderam que, para terem um bom desempenho, precisavam de uma boa equipe, conseguida através da influência na rede de relacionamentos, e através da capacidade de argumentação com os superiores, com base em informações e a comprovação do seu desempenho e cumprimentos de metas. Além disso, precisavam monitorar os processos de trabalho, dar suporte aos subordinados e avaliá-los. Esse foi um dos aprendizados mais difíceis. Eles ponderavam o fato de serem colegas há muito tempo e de, a qualquer momento, voltarem a ser um contribuidor individual e fazerem parte da equipe novamente. Para facilitar na avaliação dos subordinados, uma das estratégias utilizadas por eles foi a pactuação de metas, regras e normas de convívio (contrato). Enquanto aprendiam a gerenciar, os médicos se transformavam. Mais confiantes, conseguiram avaliar e intervir nos processos e até delegar atividades, sem se eximir da responsabilidade final pela unidade.

O relacionamento com os superiores das outras áreas (administração, finanças e outros) foi, em sua maioria, marcado por conflitos e desentendimentos relacionados aos métodos gerenciais e às interferências diretas dentro da unidade.

Os maiores problemas enfrentados pelos gerentes foram a falta crônica de pessoal e a dificuldade para conciliar a agenda de médico com a de gerente. Aqueles gerentes que conseguiram autorização dos superiores para se dedicar exclusivamente à gerência, permaneceram nos cargos; os outros, não conseguiram dar conta da rotina e acabaram desistindo da gerência. Os que se mantiveram como gerentes, no entanto, não conseguiram se desvencilhar totalmente da agenda de médicos, sendo procurados, permanentemente, para dar suporte técnico e aliviar a carga de trabalho das equipes. Além disso, sua identidade de médico, junto à comunidade, se sobrepunha à de gerente.

O aprendizado que tiveram ocorreu através da reflexão sobre a sua prática. Resolvendo os problemas, enfrentando as tensões e superando os desafios, eles revisaram os seus conceitos e os valores e mudaram sua consciência e seu comportamento (MEZIRROW, 2007). Mas, para isso, precisaram aprender a suportar as tensões do cargo gerencial, superar o medo e correr riscos, estabelecer seus limites éticos, aprender a lidar com o poder e a ser um membro da comunidade de gestores (GHERARDI, 1998). Eles assumiram uma nova identidade e aprenderam a pensar e agir como gerentes (HILL, 1993).

Essas mudanças podem ser sentidas no seu comportamento, no relacionamento com as outras pessoas e nos outros setores das suas vidas. Eles se tornaram mais compreensivos, comunicativos, ágeis, organizados e mais estratégicos.

Para o aprendizado, utilizaram-se, principalmente, da sua própria experiência como contribuidores individuais; dos contatos da rede de relacionamentos, com pessoas de referência e chefes atuais e antigos; e das avaliações, feitas pelos subordinados e através das queixas dos usuários ao setor de ouvidoria. O treinamento formal, embora considerado, pela literatura, menos importante no aprendizado dos gerentes, foi bem referenciado por três dos entrevistados.

No seu dia a dia, os gerentes se utilizaram de recursos pessoais ou habilidades tais como: saber ouvir, ter empatia, conhecer as necessidades e expectativas dos funcionários, ser flexível e saber monitorar o clima da Unidade.

Com relação ao seu desempenho, os médicos gerentes conseguiram implantar as suas agendas em maior ou menor intensidade. Essas agendas incluíam: implantar um estilo participativo de gerência, organizar os processos internos, aumentar o número de profissionais, organizar a comunidade e aperfeiçoar a estratégia de saúde da família na sua UBS. A tentativa de implantar um processo de planejamento contínuo foi a prioridade que obteve o menor sucesso, no desempenho dos gerentes, e sua maior fonte de insatisfação.

A leitura e releitura das narrativas das experiências vividas pelos médicos da família e da comunidade como gerentes permitiu elucidar os temas que mais caracterizaram essas experiências. Ser um médico e gerente de UBS significou, na experiência dos sujeitos desta pesquisa, ser um agente de mudanças, que trabalha em Unidade Básica de Saúde, num ambiente de alta pressão e de pouca autonomia, liderando processos de transformação na sua unidade, em função da comunidade onde se insere. Para isso, eles atuaram como responsáveis pela equipe, negociando demandas, motivando, dando suporte à equipe, articulando

contatos e assumindo riscos. Era o médico agindo como um gerente de processos coletivos de transformação.

Esta pesquisa, ao desvelar os significados de ser médico e gerente de UBS, traz novos temas para o debate da gestão em saúde e dos mecanismos de desenvolvimento gerencial. Tradicionalmente, o gerenciamento da atenção básica era tido como um espaço de trabalho tranquilo e pouco inovador, muitas vezes não requerendo um gerente local, ou uma remuneração por esse trabalho. Contraditoriamente, observou-se que a rotina de trabalho é intensa e cercada de pressões e conflitos, como também constataram Cubas (2005) e Barbieri e Hortale (2005), corroborando as pesquisa de Mintzberg (1973) sobre a natureza do trabalho gerencial.

O trabalho nas UBSs revelou-se altamente complexo, com grande participação dos usuários nos processos de prestação de serviços, envolvendo equipes multiprofissionais e conhecimentos de diferentes áreas, caracterizando-se como uma Organização Intensiva em Conhecimento (CUNHA et al., 2009) e de alta complexidade gerencial (RAUPP, 2006).

Nesta pesquisa, observou-se que o nível de dependência de outros setores da instituição e a lentidão nos processos de reposição de pessoal causam descontinuidades que comprometem todo o processo de trabalho e a implantação de propostas inovadoras de organização do trabalho local, como o acolhimento e a humanização do atendimento. A cronicidade de problemas, a sobrecarga de trabalho, a falta de autonomia, a morosidade na reposição de materiais, de medicamentos e profissionais podem levar à acomodação, que paralisa as propostas transformadoras encaminhadas pela Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

O estudo também revelou que, embora alguns gerentes tivessem se utilizado de um curso para gerentes oferecido por um município, a maior parte do aprendizado aconteceu a partir da prática, no dia a dia. Habilidades como saber motivar a equipe, mediar conflitos, negociar prioridades e interesses, entre outras, não se adquirem em capacitações formais. Essas observações, além de irem de encontro às observações de feitas por estudiosos da área de desenvolvimento gerencial (CLARK; CLARK, 1996; FOX, 1999; HILL, 1993), corroboram a observação da necessidade de programas institucionais contínuos de apoio ao desenvolvimento de gerentes.

A estratégia predominante utilizada para motivação e comprometimento das equipes de trabalho foi a efetivação de um estilo gerencial participativo, em contraposição às suas próprias experiências com os seus gerentes anteriores, os quais tiveram uma tendência mais

centralizadora. A centralização do gerenciamento local, além de dificultar o desenvolvimento de competências gerenciais na equipe, desestimula a equipe e pode comprometer a perspectiva transformadora do trabalho local, também observada por Fracoli e Egry (2001).

Pesquisadores da área da saúde, como Campos (2007), Merhy (1998), Rivera e Artmann (1999), e da área de desenvolvimento gerencial, como Cunha et al. (2009), já vêm defendendo o estilo gerencial participativo, tendo em vista sua perspectiva inclusiva, em relação ao trabalhador em saúde, e o desenvolvimento de novos conhecimentos e lideranças locais.

Ao compreender a complexidade do gerenciamento de UBS, os desafios enfrentados pelos novos gerentes em termos de aprendizado profissional e pessoal, a falta de autonomia e de apoio ao desenvolvimento gerencial institucional, pude também responder às minhas inquietações sobre o alto abandono da função gerencial.

Contraditoriamente, embora apenas três sujeitos de pesquisa tenham se mantido como gerentes até o final da pesquisa, todos tinham optado pelo trabalho gerencial. Eles já haviam adotado a nova identidade e queriam melhorar o seu desempenho. A pesada agenda técnica de médico não permitiu que todos continuassem na gerência. Para os gerentes que não conseguiram apoio para permanecer nessa função, isso significou uma frustração de expectativas e, para a instituição, ocasionou perda de gerentes já desenvolvidos, perda de energia e de resultados. Instituições que não aprendem com a sua história, e a do seu corpo técnico, tendem a ser menos competitivas. No caso do setor de saúde, tendem a ser mais custosas e a dar menos retorno social.

Finalmente, esta pesquisa se soma às tradições de pesquisa sobre gerenciamento de serviços, especificamente na área de saúde, na busca de maior compreensão sobre o trabalho gerencial, com o objetivo de melhorar a satisfação e o desempenho dos gerentes, bem como a efetividade das ações setoriais.

Nesse sentido, o estudo, além de induzir uma reflexão pessoal sobre a atuação de gerentes e técnicos da área de saúde, permite o delineamento de algumas diretrizes para o desenvolvimento gerencial no setor saúde. Tais diretrizes envolvem estratégias que mobilizem os sujeitos para reflexão a partir da prática, que estimulem o autoconhecimento, a troca de experiências e que possibilitem diversificar e ampliar a rede de contatos.

O alto nível de estresse observado no relacionamento com os superiores e a reação às agendas institucionais suscitam processos de

gerenciamentos participativos mais amplos, no âmbito institucional, que facilitem o alinhamento de agendas e estratégias.

A compreensão da experiência de ser médico e gerente de UBS pode também contribuir para o desenvolvimento de instrumentos de apoio gerencial que considerem, não apenas as necessidades institucionais e as dos superiores, mas também as reais necessidades dos gerentes locais, apoiando, dessa maneira, efetivamente o seu trabalho.

Novos estudos similares adicionais são necessários para a aproximação progressiva à essência do significado de ser gerente de Unidade Básica de Saúde, envolvendo outros profissionais e outras realidades locais.

A pesquisa suscitou, também, a necessidade de mecanismos de valorização e de qualificação dos profissionais que atuam na atenção primária, além de processos estruturados de aprendizagem e progressão na carreira, tanto dos contribuidores individuais como dos gerentes, como iniciativas para a sobrevivência das propostas transformadoras do modelo de atenção à saúde. A importância dessas estratégias já foi observada por Grosseman (2001), em um estudo sobre a satisfação com o trabalho de médicos.

b) A pesquisadora

Do ponto de vista pessoal, esta pesquisa me conduziu a um amplo processo de reflexão sobre toda a minha trajetória profissional, em suas diferentes aproximações: como médica e como gerente. Hoje, consigo compreender melhor a minha história, refletindo sobre ela a partir das experiências desses médicos.

Comecei a minha vida profissional como médica de uma UBS, mas não consegui continuar trabalhando lá por perceber que o trabalho era repetitivo e de pouca resolubilidade, e por não identificar nele perspectivas profissionais. A sensação era de estar no fim da minha carreira, embora eu estivesse no início. Aflita, abandonei a clínica com muito sofrimento e fui à busca de conhecimento sobre políticas de saúde mais efetivas.

Como médica sanitária, tive várias experiências como gerente tanto em municípios, como nos estados e no governo federal. Como os médicos desta pesquisa, embora eu tivesse formação em planejamento e administração de serviços de saúde, aprendi a gerenciar na prática. O aprendizado formal foi, com certeza, importante para meu desempenho, mas aprender a me relacionar, a motivar, a avaliar os colaboradores e a ser flexível, só foi possível praticando, gerenciando.

Até hoje não esqueço a minha primeira experiência como gerente, no Núcleo de Epidemiologia, Pesquisas e Informação, em um Distrito de Saúde da periferia de São Paulo. Relutante entre o desejo de realizar o meu trabalho técnico e a falta de tempo suficiente para fazê-lo, aprendi a delegar, a dar suporte e a analisar cenários. Lá, dei um novo impulso à minha tímida rede de relacionamentos, hoje um precioso patrimônio.

Como gerente, fui em busca de respostas que me trouxeram à Engenharia de Produção. Como doutoranda, ao pesquisar sobre médicos gerentes, encontrei a possibilidade de fazer uma síntese das minhas experiências de médica e de gerente.

A fenomenologia, que inicialmente se apresentou como uma metodologia para a pesquisa, agora mostra a direção da nova caminhada, em busca do aperfeiçoamento profissional e pessoal. Uma filosofia para a vida.

Através das histórias dos médicos gerentes que participaram desta pesquisa, refletindo sobre suas experiências, encontrei a minha própria história, li e reli a minha própria existência. Entendi passagens, compreendi experiências pouco estruturadas, cresci. Como médica e gerente, atuando como uma agente de mudanças, luto por um sistema público de saúde de qualidade, por um mundo melhor, mais justo e com mais oportunidades para as gerações vindouras.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública. In: **Cadernos ENAP**, n. 10. Brasília: ENAP, 1997.
- AKIN, G.; WEIL, M. The prior question: how do supervisors learn to supervise? **Social Casework**, v. 62, n. 8, p. 472-479, oct. 1981.
- ALMEIDA, H. A. C.; BIANCO, M. F. A estratégia de saúde da família: uma contribuição da análise ergológica à administração. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31, 2007. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EnAMPAD 2007.
- ANDREWS, C. W.; KOUZMIN, A. A reforma gerencial no Brasil à luz da teoria da escolha múltipla: uma análise do discurso oficial. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 22, 1998. Foz do Iguaçu (PR). **Anais...** Foz do Iguaçu: EnAMPAD, 1998.
- ANSOFF, H. I. **Administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1990.
- BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (5): p. 1349 a 1356, set./out., 2005.
- BARBOSA, L. Adeus, super-homem. **Revista Exame**, São Paulo, 17 nov. 1999.
- BONAZINA, M. C. R. **A construção do processo de trabalho dos gerentes nas relações do cotidiano de uma organização hospitalar**. 1999, 133 f. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BOTELHO, L. L. R. **Ascensão profissional de executivas em empresas baseadas no conhecimento**. Florianópolis, 2008. 161p. Dissertação (mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia do Conhecimento, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Constituição** (1988). Emenda Constitucional nº 29, 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 14/09/2000. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2002.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNRM Nº 05/2002**. Residência Médica em medicina da família e da comunidade. Brasília (DF): Comissão Nacional de Residência Médica/MEC, 2003.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social**: primeiro ano. 3. ed. Brasília, 1983a.

_____. _____. **Reorganização da assistência à saúde no âmbito da previdência social**. Brasília, 1983b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20/09/1990a. Brasília. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> Acesso em: 27 nov. 2002.

_____. _____. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Programa de saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1994.

_____. _____. **Política nacional de atenção à saúde básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006b.

_____. _____. **Portaria n. 373/GM de 27/02/2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/02. Brasília, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. In: Os SUS na prática: avanços e limites. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 12, nº 2, p. 301-30. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CAPALBO, C. A fenomenologia como método e como filosofia. In: **Fenomenologia & Ciências Humanas.** Âmbito Cultural Edições, 1987. Disponível em: <<http://www.filoinfo.bem-vindo.net/filosofia/modules/articles/article.php?id=13>> Acesso em: 23 nov. 2007.

CHING, H. Y. **Gestão baseada em custeio por atividades.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

CLARK, K. E.; CLARK, M. B. **Choosing to lead.** 2. ed. Greensboro (NC): Center for Creative Leadership, 1996.

COBRA, R. Q. Fenomenologia. **Filotemas.** Internet, Brasília, 2001, ver. 2005. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br>> Acesso em: 12 nov. 2008.

COFFEY, A.; ATKINSON, P. **Making sense of qualitative data.** Thousand Oaks (CA): Sage, 1996.

CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** maio/jun. 2005, 58 (3): 278-283.

CUNHA, C. J. C. A.; MORES, L. V. S. Mudança de consciência no processo de aprendizagem gerencial. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006. Fortaleza (CE). **Anais...** Fortaleza: ENEGEP - ABEPRO - 2006.

CUNHA, C. J. C. A. et al. O processo de criação do conhecimento em Unidades Básicas de Saúde. In: SIMPÓSIO DA ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 16, 2009. Baurú (SP). **Anais...** Baurú: SIMPEP 2009.

CUNHA, M. S. **Vivenciando mudanças**: gerentes na linha de fogo. Florianópolis, 2003, 216p. Tese (doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Tradução de Maria José de Almeida. 3. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992.

DRUCKER, Peter F. **O gerente eficaz**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

_____. O que torna um executivo eficaz. **Harvard Business Review – Brasil**, junho de 2004.

ESCRIVÃO FILHO, E. **A natureza do trabalho do executivo**: uma investigação sobre as atividades racionalizadoras do responsável pelo processo produtivo em empresas de médio porte. Florianópolis, 1995, 272 f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

ESPIGARES, J. L. N. Análisis de la eficiencia en las organizaciones hospitalarias públicas. **Biblioteca de Económicas y Empresariales**. Granada: Universidade de Granada, 1999.

EVANS, R. **The pedagogic principal**. Canadá: Qual Institute Press, 1999.

FAYOL, H. Administração industrial e geral. Tradução de Irene de Bojano e Mário de Souza. **Biblioteca de Ciências Econômicas**. Série Administração. V. 14, 4. ed. São Paulo: Atlas. 1960.

_____. **Administração industrial e geral**: previsão, organização, comando, coordenação, controle. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

FOX, S. From management education and development to the study of management learning. In: BURGOYNE, J.; REYNOLDS, M. (Ed.). *Management Learning: Integrating Perspectives in Theory and Practice*. **Management learning**, 1999, p. 21-36.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, set./out., 9 (5): 13-8, 2001.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde nas perspectivas de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, 32 (6): 587-95, 1998.

GHERARDI, S. et. al. Toward a social understanding of how people learn in organizations. **Management Learning**, v. 29, n. 3, p. 273-297, 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GROSSEMAN, S.; PATRICIO, Z. M. **Satisfação com o trabalho**: do desejo à realização de ser médico. Florianópolis, 2001, 282f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, f. 272-277.

HAMMER, M. **A agenda**: o que as empresas devem fazer para dominar esta década. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

HANDY, C. B. **Como compreender as organizações**. Tradução de Helena M. C. M. Pereira. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

HILL, L. **Novos gerentes**. Rio de Janeiro: Makron Books, 1993.

HUSSERL, E. Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura. Tradução Mario Suzuki. **Coleção Subjetividade Contemporânea**. Aparecida (SP): Ideias & Letras, 2006 .

IMEL, S. Transformative learning in adulthood. **Erica Digest**, n. 200, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 6 (3): 247-259, jul./set., 1990.

KOTTER, J. P. What effective general managers really do. **Harvard Business Review**. March/april. p. 145-160, 1999.

_____. What leaders really do. In.: VECCHIO, R. P. **Leadership**: understanding the dynamics of power and influence in organizations. 2. ed. University Notre Dame Press, Notre Dame Indiana, 2007.

LIMA, P. D. B. **Excelência em gestão em saúde**: a trajetória e a estratégia do gespública. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

LUCENA, E. A. **A natureza da aprendizagem de gerentes-proprietário do setor de varejo de Florianópolis**. Florianópolis, 2001, 175 f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACCALL, M. et al. **The lessons of experience**: how successful executives develop on the job. New York (NY): The Free Press, 1988.

MAGRETTA, J. **O que é gerenciar e administrar**. Tradução de Hugo de Souza Melo. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

MARTINS, L. Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral. **Cadernos ENAP**, n. 8, 1997. Brasília (DF): ENAP/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

MCCAULEY, C. D. Developmental experiences in managerial work: a literature review. Center for Creative Leadership. **Technical Report** 26. January, 1986.

MEINICKE, D. **O medo na gerência**. Florianópolis, 2003, 105f. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

MELO, C. M. M. Inovação como tática do cotidiano na gestão pública em saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 26, 2002. Salvador (BA). **Anais...** Salvador: EnAMPAD 2002.

MESQUITA, A. S; FERREIRA, S. P. Fortalecer o serviço público e valorizar a cidadania: a opção australiana. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 21, 1997. Rio das Pedras (RJ). **Anais...** Rio das Pedras: EnAMPAD, 1997.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. F. **Democracia e Saúde**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1998.

MEZIROW, J. Transformative learning as discourse. In: **Journal of Transformative Educacional**. 2003; 1; 58. Disponível em: <<http://jtd.sagepub.com>> Acesso em: 25 jun. 2007.

_____. Contemporary paradigms of learning. **Adult Education Quarterly**, v. 46, n. 3, p. 158-173, Spring, 1996.

_____. **Transformative dimensions of adult learning**. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

_____. How critical reflection triggers transformative learning. **Fostering critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

MILLES, D. C. **How successful executives respond: a phenomenological study of unplanned career transition**. 221 pages. Tese. Faculty of the Graduate school of Education and Human Development. George Washington University. August, 2002.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MINTZBERG, H. **The nature of managerial work**. New York (NY): Harper Row, 1973.

_____. The managers's job: folklore and fact. **Harvard Business Review**, p. 163-178, march/april, 1990.

_____. The managers's job: folklore and fact. In: VECCHIO, Robert P. (editor). **Leadership: understanding the dynamics of power and influence in organizations**. 2. ed. University Notre Dame Press, Notre Dame Indiana, 2007.

_____. **MBA? Não, obrigado: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gerentes**. Tradução: Bazán Tecnologia e Linguística. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MORAES, L. V. S. **A dinâmica da aprendizagem gerencial – O caso do Hospital Moinhos de Vento**. Florianópolis, 2000, 175 f. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

MORGAN, G. Paradigms, metaphors, and puzzle solving in organization theory. **Administrative Science Quarterly**, v. 5, p. 605-622, 1980.

MORGAN, G.; SMIRCICH, L. The case for the qualitative research. **Academy of Management Review**, v. 5, n. 4, p. 491-500, 1980.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

MOUSTAKAS, C. **Phenomenological research methods**. Thousand Oaks (CA): Sage, 1994.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues, Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

ORGANIZACION Mundial de La Salud (OMS). **Salud para todos en ano 2000: estratégias**. Organização Panamericana da Saúde. Washington, 1980.

OUVERNEY, A. L. M.; TEIXEIRA, S. M. F. Avaliação da estratégia de regionalização do sistema a partir dos estudos internacionais sobre gestão de políticas públicas em rede. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30, 1997. Salvador (BA), 2006. **Anais...** Salvador: EnAMPAD 2006.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo:** a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995.

PAMPLONA, C. M. A. **Propriocepção:** uma explicação das ações dos fisioterapeutas-gerentes por meio da Grounded Theory. 2005. 136 p. Dissertação (mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade do Vale do Itajaí.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, 40 (4): 464-8, 2006.

PEIXOTO, J. P. M. Reforma do Estado no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 21, 1997. Rio das Pedras (RJ). **Anais...** Rio das Pedras: EnAMPAD 1997.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva.** Rio de Janeiro: Campus, 1985.

PORTER, M.; TEISBERG, E. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Brookmann, 2007.

QUINHÕES, T. A. T. Novos padrões gerenciais no setor público – o caso do sistema de saúde canadense. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 21, 1997. Rio das Pedras (RJ). **Anais...** Rio das Pedras: EnAMPAD 1997.

RAUPP, B. **Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho.** Relatório de pesquisa. Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Ensino e Pesquisa, Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 2006.

RICHTER, I. **Executive learning and organizational learning**: diffuse power or dormant potential? Congress of Organizational Learn. Lancaster, June, 1999.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Subsídios para implantação do SUDS no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1987.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, 12 (3): 357-372, jul./set., 1996. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 355-365, 1999. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

ROBBINS, S. P. **Administração** – mudanças e perspectivas. Tradução Cid K. Moreira. São Paulo: Saraiva, 2001.

SANTOS, E. K. A. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar**: a copleensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. Florianópolis, 2004. 345 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

SANTOS, R. S. et al. Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 27, 2003. Atibaia (SP). **Anais...** Atibaia: EnAMPAD 2003.

SCHEIN, E. H. Individuals and carees. In: LORSCH, J. **Handbook of Organizational Behavior**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987.

SEIDMAN, I. **Interviewing as qualitative research**. 2. ed. New York: Teachers College Press, 1998.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Apostila PPGE/LED. Florianópolis: UFSC, 2000.

SILVA, J. C. et al. Contrato de gestão: viabilização gerencial para o atendimento à população em hospitais públicos. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 22, 1998. Foz do Iguaçu (PR). **Anais...** Foz do Iguaçu: EnAMPAD 1998.

SOUZA, E. C. L. A capacitação e a formação de gestores governamentais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 24, 2000. Florianópolis (SC). **Anais...** Florianópolis: EnAMPAD 2000.

_____. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 24, 2000. Florianópolis (SC). **Anais...** Florianópolis: EnAMPAD 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STEWART, R. A model for understanding managerial jobs and behavior. **Academy of Management Review**, v. 7, n. 1. p. 7-13, 1982.

TAVARES, M. C. **Gestão estratégica.** São Paulo: Atlas, 2000.

TAYLOR, E. W. Transformative learning theory: a neurobiological perspective of the role of emotions and unconscious ways of knowing. **International Journal of Lifelong Education**, v. 20, n. 3, p. 218-236, may/june, 2001.

TAYLOR, F. W. Princípios da administração científica. 4. ed. Tradução de Arlindo Vieira Ramos. **Biblioteca de Ciências Econômicas.** Série Administração. V. 13. São Paulo: Atlas, 1960.

TEIXEIRA, S. M. F. O Dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo: Hucitec/Centro Brasileiro de Estudos, 1988.

_____. Fundamentos de la reforma del Estado. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 25, 2001. Campinas (SP). **Anais...** Campinas: EnAMPAD, 2001.

THOENIG, J. C. Recuperando a ênfase na dimensão pública dos estudos organizacionais. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: RAP/FGV, Edição comemorativa, 1967-2007, p. 9-36.

TORBERT, W. R.; FISHER, D. Autobiographical awareness as a catalyst for managerial and organisational development. **Management Education and Development**, v. 23, n. 3, p. 184-198, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. In: O SUS na prática: avanços e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12. n. 2, p. 443 – 453, 2007. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience**. New York: State University of New York Press, 1990.

WANG, V. C. X.; KING, K. P. **Understanding Mezirow's theory of reflectivity from confusion perspectives: a model e perspective**. Radical Pedagogy, 2006.

WONCA. **Definições**: Os aspectos-chave da disciplina de medicina geral e familiar. Tradução Rui Pombal. Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar, 2002.

YUKL, G. **Leardership in organizations**. New Jersey (USA): Prentice Hall, 1998.

ZALEZNIK, A. Management of disappointment. Managers as leaders. **A Harvard Business Review Paperback**. Boston (MA): Harvard Business School Press, 1993.

ANEXO 1 - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA NA PPES- QUISA EM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 131

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 133/09 FR- 261355

TÍTULO: DE MÉDICO A GERENTE.

AUTOR: Cristiano José Castro de Almeida Cunha e Selma Loch.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1ª. Entrevista: Abordar o CONTEXTO, o “COMO”.

- Solicitar que o entrevistado fale sobre a sua trajetória de vida até os dias de hoje, procurando estimular a lembrança de algumas experiências, como as que seguem:
 - Por que fez medicina?
 - Cursos realizados?
 - Onde trabalhou?
 - Mudanças?
 - Amigos?
 - Pessoas que marcaram?
 - Por quê?
 - Ambiente/contexto em que as experiências aconteceram?

2ª. Entrevista: Procurar se concentrar nos DETALHES da experiência atual.

- Solicitar ao entrevistado que fale, em detalhes, sobre a experiência de ser gerente de Unidade Básica de Saúde, atento às seguintes questões:
 - Como se sentiu ao ser nomeada/nomeado?
 - Como é o dia a dia/descrever a rotina/ as atividades?
 - Qual a sua relação com os colaboradores (internos e externos)?
 - Como é avaliada e como avalia?
 - Após o primeiro mês, o que mudou na sua vida?
 - Quais os momentos/experiências mais marcantes (importantes)?
 - E o trabalho como médico, ainda exerce? Ajuda? Em quê? Como era o seu trabalho e como é agora?
 - Como está a relação com a família?
 - Temas a serem explorados:
 - Rede;
 - Agenda;
 - Julgamentos interpessoais;
 - Tensões e emoções;
 - Desenvolvimento pessoal.

3ª. Entrevista: Refletir sobre o que significa a atual experiência.

- Solicitar ao entrevistado que fale sobre:
 - O que significa para ela/ele ser gerente em saúde?
 - Quais as maiores dificuldades e como as superou?
 - Quais são as mudanças identificadas no comportamento, relacionamento, prática gerencial e pessoal?
 - O que mais gosta e o que menos gosta no exercício da atividade gerencial e por quê?
 - Sente-se realizado e o que mais precisaria para a realização?
 - Quais as expectativas em relação ao futuro?
 - Qual a mensagem final enquanto profissional gerente, enquanto médica/o e como pessoa?

(Se ficarem dúvidas em relação às entrevistas anteriores, aproveitar para esclarecê-las.)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo tem por objetivo esclarecer a natureza da pesquisa da qual você participará, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e incômodos que possa acarretar, além de garantir a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

A pesquisa está sendo realizada no Laboratório de Liderança e Gestão Responsável da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para a obtenção do grau de doutora em Engenharia de Produção.

Esta pesquisa (“De médico a Gerente”) tem por objetivo compreender a experiência vivida por médicos ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde. Ser gerente é um trabalho complexo e exige grande capacidade de aprendizado e adaptação, principalmente dos novos gerentes. Embora existam várias publicações sobre gerenciamento, a maioria delas é voltada aos interesses institucionais e poucas têm se voltado às necessidades dos profissionais.

Neste estudo, procura-se, por meio de análise de experiências concretas, embora únicas e intransponíveis, à luz da literatura disponível, compreender como esses técnicos vivenciam este processo, fornecendo subsídios à reflexão individual e procurando apoiar outras experiências de se tornar gerente na área da saúde.

Para tanto, utilizar-se-á como metodologia a fenomenologia, para abordar o universo subjetivo das experiências vividas, descrevê-las e compreender os seus significados. É uma pesquisa interpretativa. A coleta de dados será realizada através de entrevistas em profundidade e acontecerá em três momentos diferentes, em hora e local que melhor lhe convier. Estas entrevistas serão posteriormente transcritas, analisadas e discutidas com base na literatura.

Não haverá riscos pessoais envolvidos e será garantida a confidencialidade das informações coletadas, através de seu anonimato. Os dados serão analisados em conjunto com os de outros informantes, não sendo divulgadas as suas identidades.

Nesta pesquisa não haverá despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Ressalta-se que, também, não haverá compensação financeira relacionada à participação dos sujeitos na pesquisa.

Será seu direito ter informações atualizadas sobre o andamento da pesquisa. Para garantir a validade interna do estudo, ou seja, o quanto as descobertas se aproximam da realidade, as transcrições das entrevistas serão devolvidas para sua apreciação e validação.

A pesquisadora se compromete a esclarecer qualquer dúvida que você possa ter durante qualquer etapa da pesquisa. Caso você deseje, a pesquisadora pode oferecer-lhe o projeto de pesquisa para que você entenda melhor a relevância e objetivos do estudo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas no endereço eletrônico selmaloch@brturbo.com.br e pelos telefones (48) 37217131, (48) 3247-9820 e (48) 9971-3160. O orientador desta pesquisa é o Prof. Dr. Cristiano J. C. A. Cunha, professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção / PPGEPP e que também pode ser contatado pelo telefone: 9972-4197 e pelo e-mail 01cunha@gmail.com.

O termo a seguir, uma vez assinado, indica o seu consentimento para que a pesquisadora possa utilizar os dados coletados nas entrevistas apenas para fins desta pesquisa. Será garantida a liberdade da retirada de tal consentimento a qualquer momento da execução desta pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa a ser realizada. Eu, _____, discuti com Selma Loch sobre a minha decisão em participar no estudo intitulado “De médico a Gerente”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos e os procedimentos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas e que minhas atividades não serão prejudicadas com a pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, cedendo os direitos de uso das entrevistas que eu vier a conceder. Estou ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento durante a realização desta pesquisa e que minha contribuição na mesma não acarretará em penalidades, prejuízo ou perda de quaisquer benefícios profissionais que eu possa ter adquirido ao longo do tempo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Local:

Data: / / .

----- Somente para o responsável do projeto-----

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Local:

Data: / / .